

Aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. L. Beck

Psychosomatische Abteilung

Leiter: Prof. Dr. H. Molinski

**KRITISCHE STELLUNGNAHME ZU DEN POSITIONEN
DER INTERPERSONALEN PSYCHIATRIE**

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.
Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Heribert Blaß

1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533917_0095

Aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. L. Beck

Psychosomatische Abteilung

Leiter: Prof. Dr. H. Molinski

**KRITISCHE STELLUNGNAHME ZU DEN POSITIONEN
DER INTERPERSONALEN PSYCHIATRIE**

DISSERTATION

**zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.
Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf**

**vorgelegt von
Heribert Blaß**



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. Reinauer

Referent
gez.: Prof. Dr. Molinski

Korreferent
gez.: Priv.-Doz. Dr. Rechenberger

Meiner Mutter und dem Andenken an meinen Vater gewidmet

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
I. Aufgabenstellung	1
II. Der Ansatzpunkt	5
III. Grundbegriffe Interpersonaler Psychiatrie	17
IV. Die menschlichen Entwicklungsstadien im einzelnen	32
"Frühe Kindheit" ("Childhood")	32
"Späte Kindheit" ("The Juvenile Era"), Präadoleszenz ("Preadolescence") und "Adoleszenz" ("Early, late adolescence")	63
V. Psychopathologie	73
Muster gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen	73
VI. Psychotherapie	84
VII. Zur Bedeutung der Interpersonalen Schule für die Praxis der hiesigen Psychiatrie	97

Anmerkungen und Literaturverzeichnis

I. Aufgabenstellung

Gegenstand dieser Arbeit sind die Positionen der Interpersonalen Psychiatrie, wie sie von ihrem Begründer, dem amerikanischen Psychiater Harry Stack Sullivan, entwickelt worden sind.

Während in den USA das Konzept Sullivans bereits zu den Grundlagen moderner Psychiatrie zählt, hat es bisher noch keine anerkannte Aufnahme in Theorie und Praxis der in der Bundesrepublik üblichen Psychiatrie gefunden: in deutschsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie wird Sullivan nur flüchtig bzw. gar nicht genannt, und bisher existiert auch keine spezielle psychiatrische Monographie über ihn. Von seinen - größtenteils posthum herausgegebenen - Büchern liegt einzig "The Psychiatric Interview" in deutscher Übersetzung vor¹⁾, während sein wichtigstes Werk: "The Interpersonal Theory of Psychiatry" noch nicht übersetzt ist²⁾.

Umfangreichere Publikationen stammen von Josef Rattner³⁾ und von Ronald Wiegand⁴⁾. Rattner referiert in der Hauptsache die systematische Entwicklungspsychologie Sullivans. Wiegand beschäftigt sich mit dem Konzept Sullivans aus soziologischem Blickwinkel. Neben diesen beiden finden sich einige weitere Publikationen, in denen die zentralen Aussagen Sullivans zu enzyklopädischen Zwecken knapp dargestellt werden (siehe z.B. G. Bally in "Psychiatrie der Gegenwart"⁵⁾; E. Meistermann - Seeger und G. Chrzanowski in "Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. 2 und 3"⁶⁾; D. Wyss., "Die tiefenpsychologischen Schulen"⁷⁾). In weiteren Veröffentlichungen wird Sullivan in größerem Zusammenhang zitiert (siehe z.B. Ammon⁸⁾, Meerwein⁹⁾).

Keine der vorgenannten Schriften kann allein eine bessere Bekanntschaft der deutschsprachigen Psychiatrie mit der Interpersonalen Schule Sullivans bewirken. Entweder bleiben die Darstellungen für eine Detailkenntnis zu knapp, oder es fehlt - wie bei Rattner - eine kritische Einordnung der Interpersonalen Schule in die gesamte Psychiatrie.

Die vorliegende Arbeit will dieses Defizit innerhalb der deutschsprachigen Psychiatrie auf zweierlei Weise verringern helfen: zum einen werden die zentralen Aussagen der Interpersonalen Psychiatrie referiert; zum andern wird der geschichtliche Zusammenhang umrissen, aus dem heraus die Interpersonale Psychiatrie sich entwickelte und den sie rückwirkend beeinflusst hat. So wird das Referat entwickelt unter den Fragestellungen:

Welcher Ansatzpunkt und welche Motive führten zur Entwicklung der Interpersonalen Psychiatrie?

Wie unterscheidet sich die Interpersonale Psychiatrie einerseits von der Dynamischen, andererseits von der Schulpsychiatrie?

Gibt es in der Interpersonalen Psychiatrie Aspekte, welche für die hiesige Praxis von Psychiatrie und/oder Psychosomatik nützlich sind?

Am Beginn dieser Arbeit steht die Beantwortung der ersten Frage. Darauf folgt die Darstellung der hauptsächlich inhaltlichen Aussagen Interpersonaler Psychiatrie. Im Rahmen dieser Darstellung wird die zweite Fragestellung behandelt. Referat und begleitender Vergleich von Interpersonaler, Dynamischer und Schulpsychiatrie bilden den Schwerpunkt der Arbeit.

Abschließend erfolgt eine kritische Stellungnahme zur Bedeutung der Interpersonalen Schule für die Psychiatrie der Gegenwart. Neben der Untersuchung der dritten Fragestellung sollen dort die Beziehungen zwischen den Arbeiten Sullivans und A. Lorenzers, sowie die Beziehungen zwischen den Arbeiten Sullivans und der Kommunikationstheorie nach Watzlawick Thema sein.

An Primärliteratur liegen der Arbeit folgende Werke zugrunde:

Bleuler, M.

Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin 1960

Freud, S.

Studienausgabe, Bd. I, II, III, V, VII,
Frankfurt 1969 - 1975

Sullivan, H.S.

The Interpersonal Theory of Psychiatry,
New York 1953

Conceptions of Modern Psychiatry,
New York 1953

Schizophrenia as a Human Process,
New York 1962

The Psychiatric Interview, New York 1954
(bzw. deutsche Übersetzung: Das psychotherapeutische Gespräch, Frankfurt 1976)

Lorenzer, A.

Spracherstörung und Rekonstruktion, Taschenbuchausgabe, Frankfurt 1973

Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, Don D.

Menschliche Kommunikation, Bern 1969
(Originalausgabe: Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes, New York 1967)

Als Sekundärliteratur wurden verwendet:

Bally, G.

Grundfragen der Psychoanalyse und verwandter
Richtungen, in: Psychiatrie der Gegenwart,
Bd. I/2
Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963

Meerwein, F.

Psychiatrie und Psychoanalyse in der psychia-
trischen Klinik, Basel 1965

Mullahy, Patrick (Hrsg.)

The Contributions of Harry Stack Sullivan,
New York 1953

Rattner, J.

Psychologie der zwischenmenschlichen
Beziehungen, Olten 1969

Wyss, D.

Die tiefenpsychologischen Schulen von den
Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 1966

Darüber hinaus wurden vereinzelt weitere Publikationen zu
Rate gezogen. Sie sind an entsprechender Stelle aufgeführt.
Ein vollständiges Literaturverzeichnis findet sich am
Schluß dieser Arbeit.

II. Der Ansatzpunkt

Zentraler Ansatzpunkt der Interpersonalen Psychiatrie ist das Problem der Wissenschaftlichkeit von klassischer, "statischer Psychiatrie" (siehe M. Bleuler¹⁾) einerseits und von Psychoanalyse andererseits. Dabei spielt die Frage, was denn Gegenstand und Methode dieser Wissenschaften seien, eine entscheidende Rolle. Genauer: die Frage, ob Psychiatrie und Psychoanalyse überhaupt Wissenschaftscharakter aufweisen, entscheidet sich im Hinblick auf Gegenstand und Methode ihrer Forschungen.

Nach dem Heraustreten der Psychiatrie aus dem Dunstkreis animistischer Spekulation vor ungefähr 160 Jahren galt eine ausschließlich an den somatischen Vorgängen orientierte Psychiatrie als wissenschaftlich. Die Beschränkung auf körperlich faßbare Erscheinungen garantierte eine naturwissenschaftliche Objektivität, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht vorhanden gewesen war. Um jeden Rückfall in vorwissenschaftliche Willkür zu verhindern, wurde das kranke Gehirn mit seinen anatomischen Veränderungen alleiniger Gegenstand der Forschung. "Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten", sagte um 1845 W. Griesinger. Zu dieser hirnpathologischen Forschungsrichtung trat die "klinisch-empirische"²⁾, deren bedeutendstes Ergebnis die Erarbeitung einer psychiatrischen Nosologie durch E. Kraepelin war. In seinem Bemühen um die Beschreibung psychiatrischer Krankheitseinheiten mit bestimmter Symptomatologie, die Diagnose und Prognose ermöglichte, folgte Kraepelin Erfordernissen damaligen naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses. Er gab den variablen Erscheinungsformen psychischer Krankheiten, auch wenn sie noch nicht auf anatomische oder physiologische Veränderungen nachweislich zurückgeführt werden konnten, durch seine Systematik eine Objektivität, wie sie die damalige Naturwissenschaft für notwendig erachtete.

Die Beschränkung auf eine rein somatische bzw. phänomenologische Betrachtungsweise setzte jedoch der Erkenntnismöglichkeit beider Forschungsansätze Grenzen: für den weitaus größten Teil der psychiatrischen Erkrankungen konnte kein somatisches Substrat gefunden werden, und die bloße Deskription der Erscheinungsformen trug auch nichts zur Erhellung der Krankheitsätiologie bei.

Wesentlichen wissenschaftlichen Fortschritt konnte die Psychiatrie erst durch Hilfe von außen erzielen. Mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds stand ihr ein Instrumentarium zur Verfügung, das neue Dimensionen der Erkenntnis eröffnete: die Erforschung des Unbewußten ermöglichte neue Einsichten in Ursache und Dynamik psychischer Erkrankung. In dem Maße aber, in dem die Psychoanalyse entscheidende Erkenntnisse gewann, geriet die Wissenschaftlichkeit ihres Verfahrens und somit ihrer Aussagen in die Diskussion. Besonders in Deutschland verwiesen die klinisch tätigen Psychiater psychoanalytische Forschungsergebnisse in den Bereich der Spekulation (siehe F. Meerwein³⁾, J. Zutt⁴⁾). Bis heute findet die Psychoanalyse in der Bundesrepublik nur schwierigen Zugang zur klinischen Psychiatrie.

Der Züricher Psychiater Eugen Bleuler hingegen bezog psychoanalytisches Denken in seine wissenschaftliche Arbeit mit ein; dabei blieb er der Psychoanalyse gegenüber kritisch, zeigte aber die Künstlichkeit des scharfen Gegensatzes zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse, wie er in Deutschland vorherrschte⁵⁾).

* Freud selbst hat diesen Gegensatz seiner Falschheit überführt: "Die Psychiater sind's also, die sich der Psychoanalyse widersetzen, nicht die Psychiatrie. Die Psychoanalyse verhält sich zur Psychiatrie etwa wie die Histologie zur Anatomie; die eine studiert die äußeren Formen der Organe, die andere den Aufbau derselben aus Geweben und Elementarteilchen. Ein Widerspruch zwischen diesen beiden Arten des Studiums, von denen das eine das andere fortsetzt, ist nicht gut denkbar."⁶⁾

Von Eugen Bleuler aus führt über Adolf Meyer ein Weg zu Harry Stack Sullivan (siehe Bally⁷⁾). Meyer war gebürtiger Schweizer und Schüler Eugen Bleulers. Er machte die Ideen Bleulers in den Vereinigten Staaten bekannt und entwickelte dort ein eigenes psychiatrisches Konzept, das er "Psychobiologie" nannte. Unter Psychobiologie verstand er das Studium des Menschen in ganzheitlicher Sicht. Sullivan als sein Schüler erwähnt, daß Meyer den Körper/Geist - Dualismus, wie ihn das ausgehende 19. Jahrhundert kannte, in seinem Konzept aufgehoben habe⁸⁾. Meyers "common sense psychiatry" blieb dabei unanalytisch, wenn auch weitgehend psychogenetisch orientiert⁹⁾. Sullivan entnahm Meyers Konzept neben der Aufhebung des Körper/Geist - Dualismus die Grundauffassung, daß psychische Krankheit ein dynamisches Verhaltensmuster und eine Reaktion auf bestimmte Lebenszusammenhänge sei¹⁰⁾.

In stärkerem Maße ist Sullivan dann von den Schriften Freuds beeinflusst worden. Als er gegen Ende des 1. Weltkrieges im Washingtoner St. Elisabeth-Hospital als junger Arzt zu arbeiten beginnt, verfügt er über praktische und theoretische Kenntnisse in der Psychoanalyse. Im Winter 1916/1917 hat er etwa 75 Stunden Analyse bei einem Analytiker in Chicago absolviert (siehe H.S. Perry¹¹⁾). Sullivan selbst gibt als Zeitpunkt seines ersten Kontakts mit der Psychoanalyse das Jahr 1915 an¹²⁾. Bereits vor Aufnahme seiner klinischen Tätigkeit hat er psychoanalytische Literatur zu studieren begonnen und ist durch sie ursprünglich von der Psychoanalyse überzeugt. Allerdings widersetzt er sich der psychoanalytischen Sprache, die seinem Wissenschaftsverständnis nicht entspricht. Er bemängelt die Unschärfe der psychoanalytischen Begriffe, denn begriffliche Präzision ist ihm die *Conditio sine qua non* jeder wissenschaftlichen Theorie. Mit der Forderung nach begrifflicher Klarheit befindet Sullivan sich im Einklang mit Eugen Bleuler, wenn dieser schreibt:

"Man spricht von verschiedenen Denkart. So soll das wissenschaftliche Denken sich von dem gewöhnlichen unterscheiden. Wenn mit dem Unterschied ein prinzipieller gemeint ist, so ist das unrichtig; der Unterschied liegt nur darin, daß der Wissenschaftler bloß mit scharfen Begriffen arbeiten, die Zulässigkeit der von ihm benutzten Analogien, die Beweiskraft seiner Schlüsse in jedem einzelnen Fall genau prüfen sollte, während das gewöhnliche Denken sich in dieser Beziehung auf den Instinkt verläßt oder, anders ausgedrückt, sich viele Nachlässigkeiten erlaubt."¹³⁾

Sullivan wendet die Forderung nach begrifflicher Präzision kritisch gegen die vorherrschende Psychiatrie und die metapsychologische Terminologie der Psychoanalyse. Er polemisiert gegen die "leeren Verbalismen" vieler Psychiater¹⁴⁾, während er die Wissenschaftlichkeit der Kraepelinschen Nosologie wegen ihrer Erkenntnisgrenzen für fragwürdig hält: "Einige Psychiater haben ein großes Maß an Übung auf dem Gebiet gehabt, auf dem die Psychiatrie vielleicht am leichtesten gelehrt werden kann; das ist die Beschreibung - so, als wären sie Museumsstücke - jener Leute, die solch große Schwierigkeiten im Leben haben, daß ihre Situation jedermann offensichtlich ist. Es handelt sich hier um die Psychiatrie der Geisteskrankheiten; und was man über Geisteskrankheiten mit der Methode deskriptiver Psychiatrie lernt, ist nicht sehr bedeutungsvoll."¹⁵⁾

Sullivan will nicht nur beschreiben, er will psychische Krankheiten erklären¹⁶⁾. Ein treffenderes Verständnis psychischer Erkrankung garantiert ihm daher der dynamische Denkansatz Freuds. Wie oben dargestellt, ist Sullivan bei Aufnahme seiner klinischen Tätigkeit ursprünglich von der Psychoanalyse überzeugt. Die Psychoanalyse hatte aber bis zu diesem Zeitpunkt keinen wesentlichen Eingang in die praktische Psychiatrie gefunden¹⁷⁾, und so steht Sullivan zu Beginn der Zwanziger Jahre vor der Frage: wie kann psychodynamisches Denken einen entscheidenden Fortschritt in

Verständnis und Therapie ausgesprochen psychiatrischer Krankheitsbilder erzielen? Als Sullivan von 1925 bis 1930 die Leitung einer Sonderstation für jugendliche männliche Schizophrene am Sheppard and Enoch Pratt Hospital (Towson, Md.) übernimmt, gilt sein Interesse einer psychoanalytisch ausgerichteten Therapie dieser Patienten. Während dieser Zeit veröffentlicht er mehrere Aufsätze zur Schizophrenie, die zunächst im konventionellen Rahmen psychoanalytischer Terminologie verfaßt sind. Um 1926 aber beginnt sich in seinen Schriften eine Kritik an der Psychoanalyse zu kristallisieren. Helen Swick Perry berichtet, daß Sullivan in einer Arbeit über Kempf und Rivers die Begrifflichkeit der psychoanalytischen Theorie bemängelt. Sie schreibt: "In dieser Schrift ist Sullivan noch stark abhängig von psychoanalytischem Denken, aber er hat begonnen, fester zu seinen eigenen Überzeugungen zu stehen - zum Beispiel bemerkt er, daß Jung 'niemals die mechanischen, hydraulischen Begriffe aufgegeben hat, die so viele von psychoanalytischen Schriften entstellen.' Er hat seine Mutterdisziplin systematischer zu korrigieren begonnen, und viele seiner Kritiken sind heute in der Sozialpsychologie als gültig angenommen."¹⁸⁾

In seiner weiteren Entwicklung schließt sich Sullivan einer Kritik an, die der Psychoanalyse gegenüber immer wieder von außerhalb erhoben worden ist: sie hypostasiiert seelische Vorgänge. Das psychoanalytische Begriffsrepertoire sei eine Verdinglichung von sich unmittelbarer Beobachtung entziehenden Vorgängen¹⁹⁾.

An diesem Punkt scheint es nützlich, kurz auf die unterschiedliche Kritik einzugehen, der die Psychoanalyse sich immer wieder ausgesetzt sieht. Angelpunkt der Kritiken ist dabei der Wissenschaftsbegriff der Psychoanalyse. Von seiten der klinischen Psychiatrie wird ihr die Qualität einer naturwissenschaftlich-klinischen Forschungsmethode abgesprochen: Grundlage ihrer Befunde seien Projektionen, nicht

Empirie. So hat der deutsche Psychiater Hoche davon gesprochen, die Psychoanalytiker suchten nach "selbstversteckten Ostereiern"²⁰⁾. Nun hat jedoch gerade ein naturwissenschaftlicher Denkansatz Freud gedrängt, unbewußte und unstoffliche seelische Kräfte in einer Weise zu beschreiben, als hätten sie ein stoffliches Substrat. Gerade Freuds Verhaftung in naturwissenschaftlich-biologischen Denkbezügen bedingt die Art seiner Begriffsbildung. An dieser Stelle setzt eine andere Kritik an, die diese naturwissenschaftliche Beschränkung mit ihrer Folge einer verdinglichenden Sprache bemängelt. Die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse ist hier in Frage gestellt unter dem Aspekt, daß die psychoanalytischen Begriffe den Charakter von Mystifikationen haben; die Freudschen Begriffe sind dieser Kritik zufolge keine exakte Fassung psychodynamischer Vorgänge. Im Gegensatz zur ersterwähnten gründet diese Kritik in einem sozialwissenschaftlichen Grundverständnis: psychoanalytisches Wissen wird in seinem Gehalt nicht bestritten, aber die diesen Gehalt verstellenden Begriffsmystifikationen bedürfen der angesprochenen Kritik zufolge der Auflösung. Für die aktuelle Diskussion sind hier insbesondere die Arbeiten Alfred Lorenzers von Bedeutung²¹⁾.

In dem Bemühen um eine wissenschaftlichen Erfordernissen verpflichtete Psychiatrie berücksichtigt Sullivan beide kritischen Äußerungen: sein System einer Psychiatrie muß eine empirische Grundlage haben, und die wissenschaftlichen Termini müssen Ausdruck dieser Empirie, d.h. präzise und verständlich sein. Dabei ist es nötig, die Beschränkungen sowohl des Kraepelinschen als auch Freudschen Wissenschaftsverständnisses zu beseitigen und eine Psychiatrie zu konzipieren, die dem aktuellen Stand der Wissenschaften entspricht: es geht um eine ganzheitliche Psychiatrie, in der die statische Auffassung von Naturwissenschaft revidiert und das soziale Feld als Forschungsgegenstand miteinbezogen sind. Für Sullivan bedeutet dies die Konzeption einer dyna-

mischen Psychiatrie innerhalb eines operationalistischen Wissenschaftsverständnisses: Erkenntnisse und Begriffe seiner Psychiatrie müssen über die verwendete Forschungsmethode definiert sein. Dabei bedient er sich eines behavioristischen Ansatzes: nur das der Beobachtung zugängliche Verhalten soll erforscht und zur Grundlage der Begriffsbildung werden. Trotz dieser Forderung ist Sullivan aber kein Behaviorist; entsprechend nämlich der Erkenntnis Heisenbergs, daß der Gegenstand naturwissenschaftlicher Forschung "nicht mehr die Natur an sich, sondern die der menschlichen Fragestellung ausgesetzte Natur" und somit das Wechselspiel von Mensch und Natur ist²²⁾, ist Sullivan zufolge der Gegenstand einer wissenschaftlichen Psychiatrie das Wechselspiel zwischen den Menschen. Hier findet ein Austausch von Kräften zwischen Menschen statt; indem Sullivan dieses interpersonelle Wechselspiel zum Gegenstand der Forschung macht und von da aus menschliches Erleben verstehen will, entfernt er sich von behavioristischer Statik.

Nachdem die klassische Psychiatrie sich mit der Anatomie des Gehirns beschäftigt hatte, und während die orthodoxe Psychoanalyse ihren Blick nur auf die individuelle Psyche richtete, entdeckt Sullivan für die wissenschaftliche Psychiatrie ein neues Substrat. Die methodische Erforschung dieses Substrats geschieht analog dem methodischen Selbstverständnis moderner Naturwissenschaften: wie diese, kann eine wissenschaftliche Psychiatrie ihre Erkenntnisse nur gewinnen durch teilnehmende Beobachtung. So kann denn Sullivan seine Psychiatrie definieren als "eine sich ausweitende Wissenschaft, die beschäftigt ist mit der Beschaffenheit von Ereignissen oder Prozessen, an denen der Psychiater teilnimmt, indem er beobachtet."²³⁾ Die geforderte Präzision und Exaktheit der Begriffe erwächst ausschließlich "aus den charakteristischen Aktionen oder Operationen, an denen der Psychiater teilnimmt."²⁴⁾

Für einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn sind von allen Aktionen oder Operationen des Psychiaters diejenigen von Wichtigkeit, "die begleitet werden von konzeptionellen Schematisierungen oder verständigen Formulierungen, die mitteilbar sind. Diese hinwiederum sind solche Aktionen oder Operationen, die verhältnismäßig präzise und bestimmt sind - ohne etwas Bedeutsames zweideutig oder doppelsinnig zu hinterlassen."²⁵⁾

Mit dem neuen Substrat der Psychiatrie: den zwischenmenschlichen Beziehungen, überwindet Sullivan den intrapsychischen Standpunkt der herkömmlichen Psychoanalyse. Auf diese Weise werden ihm Begriffe wie "innere Psyche", "intrapsychischer Prozeß", "Ich", "Über-Ich" und "Es" fragwürdig. Diese nämlich suggerieren eine Wirklichkeit, die nicht existiert: wo findet sich denn das "Ich", und wie sieht es aus? Der Inhalt des Begriffs entzieht sich direkter Beobachtbarkeit; die in ihm vollzogene Verdinglichung läßt ihn untauglich werden für eine exakte Wissenschaftssprache.

Mit der Kritik an der metapsychologischen Terminologie will Sullivan jedoch nicht die zugrunde liegenden Einsichten der Psychoanalyse verwerfen. Gegenüber einer deskriptiv bleibenden Psychiatrie betont er die Notwendigkeit einer psychodynamischen Betrachtungsweise, die sich auch in der Begriffsbildung niederschlagen soll. Interpersonale Psychiatrie findet so ihren Beginn in der Neuformulierung psychoanalytischer Begriffe.

Die Art Sullivanscher Begriffsbildung sei am Beispiel des Begriffs "Interaktionszone" ("Zone of interaction") erläutert: Freud hat die Bedeutung des Mundes im Leben des Säuglings entdeckt; Freud zufolge handelt es sich um eine "erogene Zone", da der Säugling über den Mund Befriedigung seiner oralen Bedürfnisse erfahre. Sullivan macht die gleiche Beobachtung, daß der Mund im Leben des Säuglings eine zentrale Stelle im Kontakt mit der Umwelt einnimmt,

der Mund gewinnt z.B. besondere Bedeutung, wenn der Säugling hungrig ist. Es läßt sich nun beobachten, daß der Säugling durch seinen Hunger in einen Spannungszustand versetzt wird, der durch die Nahrungsgabe von seiten der Mutter reduziert bzw. beseitigt wird. Über den Mund befinden sich somit Mutter und Kind in einer wechselseitigen Beziehung. Weitere Beobachtungen lassen sich nicht machen; sie sind für eine wissenschaftliche Erfassung der Bedeutung des Mundes in diesem Lebensabschnitt auch nicht nötig. Es läßt sich nämlich mit wissenschaftlicher Exaktheit sagen, daß der kindliche Mund eine "Interaktionszone" darstellt, über die Mutter und Kind wechselseitig aufeinander bezogen sind. Freuds Erfassung desselben Geschehens im Begriff der "erogenen Zone" zieht bereits eine Schlußfolgerung, welche nach wissenschaftlichen Kriterien unzulässig ist: die Entstehung von Eros im Kinde läßt sich nicht beobachten, wohl aber das Verschwinden eines vorherigen Spannungszustands. Der forschende Psychiater kann sich dem vom Kind ausgehenden Impuls nicht entziehen; er ist in die Interaktion mit ihm einbezogen, und von daher erwächst ihm seine wissenschaftliche Erkenntnis. Darüber hinauszielende Spekulation verläßt den Bereich wissenschaftlicher Geltung.

Es ist evident, daß eine solche Neuformulierung der Begriffe einen bloßen Begriffsformalismus überschreitet. Die Konsequenzen z.B. für die Wertung der frühkindlichen Sexualität in Sullivans Konzept werden an späterer Stelle in dieser Arbeit erörtert²⁶⁾.

An dieser Stelle soll vielmehr eine andere Konsequenz interessieren: mit seiner Begriffsarbeit eröffnet Sullivan der Psychiatrie eine neue Dimension; denn mit der Möglichkeit, den intrapsychischen Standpunkt zu verlassen und das Wechselspiel zwischen den Menschen und ihrer Umgebung zu untersuchen, zählen Kultur und Gesellschaft zum Bereich psychiatrischer Forschung. Sullivans Anspruch auf eine Psychiatrie gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaften erfordert die

Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungen. Großen persönlichen Einfluß auf Sullivan hat hier William Alanson White gewonnen, unter dessen Leitung er bis 1923 im St. Elisabeth-Hospital in Washington gearbeitet hat. Neben Freud und Meyer zählt White zu den geistigen Vätern Sullivans²⁷⁾. White hatte sich mit den Theorien Freuds und Meyers beschäftigt und beide in seine eigenen Forschungen mitaufgenommen. Sullivan selbst bezeichnete White als den ersten Psychiater, der sich um eine Synthese von Medizin und Sozialwissenschaft bemüht habe²⁸⁾.

Im Fortgang der Entwicklung seiner Theorie nimmt Sullivan Ergebnisse der Sozialpsychologie Charles H. Cooleys und George Herbert Meads in sein Konzept auf. Wesentliche Bedeutung hat dabei Meads Konzeption des "Selbst", das sich auf der Basis von erfahrenen Wertschätzungen durch andere und auf der Grundlage des Erlernens von Rollen entwickle²⁹⁾. Weitere Anregungen entnimmt Sullivan der Kulturanthropologie, insbesondere der Sprachforschung Bronislaw Malinowskis und Edward Sapirs³⁰⁾.

Es sei nochmals betont: in der Bezugnahme auf sozialpsychologische Fragestellungen will Sullivan die individualistisch eingeengte Forschungsrichtung Freuds und auch der deskriptiven Psychiatrie überwinden. Begriffliche Präzision und psychogenetische Methode unter Einbezug des sozialen Feldes sind die erklärten Ausgangspunkte interpersonaler Psychiatrie. Hier liegt für Sullivan der Schlüssel zu der oben gestellten Frage, wie psychodynamisches Denken einen entscheidenden Fortschritt in Verständnis und Therapie ausgesprochen psychiatrischer Krankheitsbilder erzielen könne³¹⁾.

Sullivan selbst formuliert dies so: "Die allgemeine Wissenschaft der Psychiatrie scheint mir in der Hauptsache dasselbe Feld abzudecken, das auch die Sozialpsychologie studiert; denn wissenschaftliche Psychiatrie muß definiert werden als das Studium von zwischenmenschlichen Beziehungen, und das erfordert letztlich die Benutzung einer Art von Begriffssystem ('conceptual framework'), das wir jetzt Feldtheorie ('field theory') nennen. Von einem solchen Standpunkt aus ist der Begriff Persönlichkeit als hypothetisch aufzufassen. Was studiert werden kann, ist die Form der Vorgänge ('pattern of processes'), die die Beziehungen der Menschen charakterisieren, und zwar ganz besonders in jenen wiederkehrenden Situationen oder Feldern, in die der ärztliche Beobachter miteingeschlossen ist."³²⁾

Über den wissenschaftsgeschichtlichen Zusammenhang hinaus sei der Blick auf gesellschaftliche Bedingungen und Besonderheiten im Leben Sullivans gerichtet, welche die Entstehung Interpersonaler Psychiatrie ermöglicht haben. Ein gut Teil gründet in der Eigenart der amerikanischen Gesellschaft; dazu schreibt G. Bally: "Die amerikanische Psychiatrie hat den europäischen Versuchen, das Verhalten der Kranken auf 'innerseelische Mechanismen', biologischer oder psychologischer Art, zurückzuführen, wenig Verständnis entgegengebracht. Die allgemeine Geringschätzung der aus Europa mitgebrachten Tradition gegenüber, die dem einzelnen Einwanderer die Anpassung an die neue Heimat erschwert und ihn als Eigenbrötler isoliert, sowie die Forderung charakterlicher Bewährung, in der und an der neuen, überlieferungsfreien Gemeinschaft, rücken die Beziehung zur jeweiligen Mitwelt in den Mittelpunkt des Interesses."³³⁾ In seinen Jugendjahren erfuhr Sullivan die Isolation innerhalb einer ihm fremden Mitwelt. Als Sohn irisch-katholischer Eltern, die in die USA eingewandert waren, wurde er am 21. Februar 1892 in Norwich im Staate New York geboren. In dieser ländlichen

Gegend waren alle anderen Familien protestantisch und meist alteingesessene Nordamerikaner. Die resultierende kulturelle Inkongruenz isolierte Sullivan von einheimischen Altersgenossen³⁴⁾. Vorher schon erlebte er Einsamkeit in der Familie: Sullivans Geschwister starben als Säuglinge; die Mutter schenkte ihm keine Zuneigung und Zärtlichkeit; der Vater war ein zurückhaltender, scheuer Mann³⁵⁾. Der Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen war somit in aller Deutlichkeit Sullivans persönliches Konfliktfeld von Kindheit an; er arbeitete an der Erforschung der allgemeinen Strukturen zwischenmenschlicher Beziehungen, bis er am 14. Januar 1949 in Paris starb.

Ein Großteil seiner Arbeit war zum Zeitpunkt seines Todes noch unveröffentlicht; in systematischer Form lag einzig eine 1939 gehaltene Vorlesungsreihe über "Conceptions of Modern Psychiatry" vor, die in der von Sullivan herausgegebenen Zeitschrift "Psychiatry" abgedruckt war. In Buchform erschienen sie erst posthum, wie alle übrigen Bücher Sullivans. Sein wichtigstes Werk, "The Interpersonal Theory of Psychiatry", basiert auf Tonbandaufzeichnungen seiner Vorlesungen an der Washington School of Psychiatry und dem William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis and Psychology in New York. Der Hauptteil dieses Buches datiert vom Winter 1946/1947 und ist Sullivans reifste Formulierung der Ergebnisse aus seinen Forschungen.

Die Darstellung der Hauptaussagen Interpersonalen Psychiatrie, wie sie im nächsten Kapitel der vorliegenden Arbeit erfolgt, basiert im wesentlichen auf den beiden genannten Büchern Sullivans.

III. Grundbegriffe Interpersonaler Psychiatrie

Wie oben¹⁾ bereits zitiert, polemisiert Sullivan gegen einen monadischen Persönlichkeitsbegriff, der im einzelnen Menschen eine gegenüber der Umwelt autonome Ganzheit sieht. Alle menschliche Erfahrung nämlich geschieht Sullivan zufolge in der Kommunikation mit anderen, wobei Kommunikation im weitesten Sinne verstanden werden muß. Auch jede "innere" Erfahrung hat unmittelbaren oder mittelbaren Bezug zu anderen Menschen und der durch sie vermittelten Kultur. Eine von anderen Menschen unabhängige "Persönlichkeit an sich" gibt es nicht. Somit ist der Begriff "Persönlichkeit" allenfalls eine hypothetische Einheit; er ist nur methodisch zu rechtfertigen, denn er bietet einen theoretischen Anhaltspunkt innerhalb der realen Dynamik zwischenmenschlicher Beziehungen.

Persönlichkeit ist im wesentlichen ein kreativer Ausdruck bzw. eine Verkörperung soziokultureller Prozesse. Die Menschen können ihr biologisches Erbe nur innerhalb eines kulturellen Zusammenhangs verwirklichen; diese Kulturabhängigkeit unterscheidet den Menschen als biologisches Wesen vom Tier. Die ungeheure Differenz vom Tier läßt die Unterschiede zwischen den einzelnen Kulturen weniger wichtig erscheinen. Mehr noch: das biologische Erbe und die kulturellen Traditionen geben jedem gesunden Neugeborenen in vieler Hinsicht gleichartige Erfahrungs- und Verhaltensmuster vor; so herrscht über die individuellen Unterschiede hinaus ein hohes Maß an Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten im Verhalten der einzelnen Menschen. Dies Übergewicht der Gemeinsamkeiten gegenüber individuellen Besonderheiten ist der Inhalt von Sullivans "one - genus - postulate": "Jeder ist viel mehr einfach menschlich als irgendetwas anderes."²⁾*

* E. Meistermann - Seeger übersetzt "one - genus - postulate" mit "menschliches Postulat" und stellt es dem "biologischen Postulat" gegenüber; mit dem Terminus "biologisches Postulat" bezeichnet sie den oben angesprochenen Unterschied zwischen Mensch und Tier.³⁾

Eine wissenschaftliche Psychiatrie mit dem Ziel, allgemeingültige Aussagen machen zu können, hat aus diesem Grunde die generellen Muster und Ausbildungsgrade menschlicher Beziehungen zu untersuchen. Individuelle und private Besonderheiten bleiben dabei unberücksichtigt: Interpersonale Psychiatrie studiert das menschliche Leben in seinem gesellschaftlichen Bezug und somit seiner strukturellen Allgemeinheit ("the public mode"). Entsprechend Sullivans Verständnis entwickelt sich die äußere Struktur ("the envelope") der Persönlichkeit als die Gesamtheit aller Rollen, welche in interpersonalen Beziehungen, deren Analyse und anschließende Resynthese in "originale Verhaltensmuster" erlernt werden. Dieser soziale Prozeß vollzieht sich im Einklang mit der biologischen Grundausstattung. Gesundes und krankes Verhalten sind immer Resultat einer Geschichte von interpersonalen Beziehungen. Sie werden nur aus ihrer Geschichte heraus verständlich; aus diesem Grunde ist der geeignete Zugang zum Studium interpersonalen Beziehungen der Blick auf die menschliche Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen.

Diesen methodischen Ansatz nennt Sullivan "the developmental approach". Bereits kurz nach seiner Geburt macht das menschliche Neugeborene die für sein gesamtes folgendes Leben entscheidende Erfahrung, daß andere Menschen mit ihm und für ihn da sind. Natürlich konzeptualisiert das Neugeborene diese Tatsache nicht mental. Aber die Einbettung in eine biologische und soziale Umwelt wird zu seiner emotionalen Grunderfahrung. An diesem Punkt setzt die psychische und soziale Menschwerdung an, denn bei der Geburt noch verbleibt das Neugeborene kurzfristig als "man-the-animal". Das Erscheinen der Mutter bzw. einer Pflegeperson ändert diesen primitiven Zustand dadurch, daß zwischen ihr und dem Kind Kontakt in irgendeiner Form aufgenommen wird, wesentlich durch die Fütterung. Schon jetzt lebt das Neugeborene in "kommunaler Existenz". Sullivan entlehnt diesen Begriff der Biologie Seba Eldridges. Kommunale Existenz bezeichnet die Lebensnotwendigkeit einer bestimmten erforderlichen Umwelt

("environment"). Alle Organismen stehen durch ihre Grenzmembranen in ständigem physiko-chemischen Austausch mit der Umgebung: wenn der Kontakt mit der Umwelt unterbrochen wird, stirbt der Organismus. Die Amöbe bereits benötigt ein solches Environment. Auf höherer Lebensstufe gilt Gleiches für den Menschen: er benötigt zum Leben biologischen und sozialen Kontakt mit anderen. Eine Aufgabe dieses Kontakts kommt seinem Tod gleich, mag dieser nun ein biologischer bei Neugeborenen oder ein sozialer bei Heranwachsenden bzw. Erwachsenen sein. Ein Mensch, der sich für lange Zeit aus irgendwelchen Gründen von jeglichen zwischenmenschlichen Beziehungen zurückzieht, mag in seiner Physiologie ungestört bleiben. Aber seine Persönlichkeit, die ja sozial definiert ist, wird abgetrennt vom notwendigen kulturellen Environment. Der Rückzug hat einen letalen Aspekt.

An dieser Stelle sei auf ein wesentliches Moment Sullivan'schen Denkens verwiesen: Sullivan beschreibt sein Prinzip der kommunalen Existenz mit biologischen Termini. Die biologischen Termini nun fügen sich nahtlos ein in die Deskription sozialer Tatsachen. Mittels seiner Sprache bezeugt Sullivan seine Grundauffassung, daß Biologie und soziales Feld untrennbar miteinander verwoben sind. Es gibt nicht "biologische Faktoren" auf der einen, "soziale Faktoren" auf der anderen Seite, aus denen unter Hinzutreten "psychologischer Faktoren" eine Persönlichkeit würde. Die Auflistung einzelner Faktoren hingegen ist künstlich: denn einzig deren Zusammenhang und gegenseitiger Bezug bildet die menschliche Realität. Die Menschen befinden von Beginn ihres Lebens an sich in kommunaler Existenz mit dem biologischen, sozialen und psychischen Feld als einer untrennbaren Einheit. Diese Tatsache findet ihren Niederschlag in der wissenschaftlichen Sprache. Es ist möglich, mit biologischen Termini auch soziale Sachverhalte zu erhellen, ohne daß jene diesen fremd gegenüber stünden.

Aus methodischen Gründen unterscheidet Sullivan verschiedene Phasen in der Entwicklung der Persönlichkeit. Er nennt sie "heuristic stages", um den Konstruktcharakter solcher Unterscheidung zu verdeutlichen. Es sind:

Säuglingszeit	("infancy")
frühe Kindheit	("childhood")
späte Kindheit	("the juvenile era")
Präadoleszenz	("preadolescence")
frühe Adoleszenz	("early, late
späte Adoleszenz	adolescence")
Erwachsenenalter bzw. Reife	("adulthood or maturity").

Infancy erstreckt sich von wenigen Minuten nach der Geburt bis zur Reifung der Sprachfähigkeit. Childhood ist der Zeitabschnitt vom Auftreten der Sprachfähigkeit bis zum Aufkommen des Bedürfnisses nach Spielkameraden. Solche können alle möglichen Kinder sein, die in jeglicher Hinsicht dem eigenen Status nahekommen. Das Ende dieser Phase leitet über in die Juvenile Era, die während des Hauptteils der Grundschuljahre andauert, bis das Verlangen nach einer innigen Beziehung mit einer anderen Person von vergleichbarem Status entsteht. Es folgt die Preadolescence, die normalerweise mit dem Ausbruch genitaler Sexualität und der Pubertät endet. Diese Phase ist kurz, aber von herausragender Wichtigkeit. In der psychischen Entwicklung vollzieht sich jetzt die Wendung des Interesses an einer Person gleichen Geschlechts hin zu einer Person des anderen Geschlechts. Dies neue heterosexuelle Interesse markiert den Beginn der Adolescence, die in frühe und späte nochmals aufgeteilt werden kann. In der Early Adolescence werden Vorstellungstypen ausgebildet, die die individuelle genital-sexuelle Lust und die genitalen Strebungen befriedigen. In der Late Adolescence werden die in der Early Adolescence aufgekommenen Strebungen erprobt und nach und nach in die Persönlichkeit integriert. Schließlich kann das Individuum in der Adulthood eine Liebesbeziehung zu einer bestimmten anderen Person eingehen. Die andere Person wird dabei ebenso, oder fast ebenso bedeutend wie man

Hier sei noch einmal der Blick gelenkt auf das methodische Prinzip Sullivans. Mit Freuds Einteilung in orale, anale, phallische und genitale Phase wird die menschliche Persönlichkeitsentwicklung vom vorherrschenden Impuls her erfaßt; einzig die Bezeichnungen "ödpale Phase" und "Latenzperiode" sind unter dem Aspekt der Objektbeziehungen gebildet. Im Gegensatz dazu beschreiben die von Sullivan genannten Reifungsstadien immer einen interaktionalen Zusammenhang. Indem Sullivan streng nach den Objektbeziehungen unterscheidet, bleibt er der Forderung treu, ausschließlich das Beobachtbare zu beschreiben.

Um die einzelnen Entwicklungsstadien im Sinne Interpersonaler Terminologie verständlich darstellen zu können, seien im folgenden einige weitere Grundbegriffe in Sullivans Konzept erklärt.

Ein wesentlicher Begriff ist Erfahrung. Erfahrung, "experience", wird von Sullivan folgendermaßen definiert: "Erfahrung ist alles, das man gelebt und dem man sich unterzogen hat. Erfahrung ist die innere Komponente von Ereignissen, an denen ein lebender Organismus in seinem Wesen teilnimmt - das heißt, als eine organisierte Einheit. Bis zu welchem Ausmaß sich die Erfahrung erstreckt und dadurch ihre charakteristische Qualität erhält, hängt ebenso von der Art des Organismus ab wie von der Art des erfahrenen Geschehens."⁴⁾

"Art des Organismus" bezeichnet offensichtlich die biologische, "Art des erfahrenen Geschehens" die sozialen und psychologischen Bedingungen menschlicher Erfahrung. Gemäß seinem ganzheitlichen Ansatz definiert Sullivan Erfahrung als ein einheitliches bio-psycho-soziales Geschehen. Erfahrung geschieht Sullivan zufolge auf dreierlei Weise: "prototaxisch", "parataxisch" und "syntaxisch". Diese drei Modi sind die "primären 'inneren' Verarbeitungsmuster von Ereignissen" ("primarily matters of 'inner' elaboration of events"⁵⁾). Das sei nachfolgend kurz erklärt.

Die prototaxische Erlebensweise ist diejenige des Säuglings und Kleinkindes. Sie findet sich in den frühen Monaten, in denen der Säugling noch ohne Selbst lebt, d.h., in denen er sich noch nicht als "ich" konzeptualisiert. Wenn Sullivan von "ich" spricht, meint er nicht eine Instanz der psychoanalytischen Strukturhypothese, sondern das simple Alltagspronomen in: "ich handle; ich empfinde; ich denke;" usw. Prototaxischer Erfahrung fehlt eine Differenzierung in Termini von Raum und Zeit. Der Säugling kennt nur momentane Zustände; er begreift frühere und spätere noch nicht miteinander vermittelt. Der Erwachsene hat ähnliche Erfahrungen als "kosmisches" Erleben. Es handelt sich um eine Erfahrung, die keine Grenzwahrnehmung zwischen sich selbst als Einheit und der übrigen Welt kennt: so kann ein Erwachsener bei gewissen Gelegenheiten das "kosmische" Gefühl verspüren, er gehe im All auf. Während der Erwachsene aber solche Gefühle nur gelegentlich und vereinzelt verspürt, besteht die Erlebniswelt des Säuglings ausschließlich aus ihnen. Prototaxische Erfahrung ist präverbal, aber diese Tatsache bestimmt nicht ihren wesentlichen Charakter. Dieser vielmehr besteht im amorphen, undifferenzierten Erleben.

Prototaxische Erfahrung wird über den Körper vollzogen: der fühlende ("sensitive") Organismus nimmt mittels seiner Interaktionszonen Kontakt mit der Umgebung, seinem Environment, auf. Solche Interaktionszonen sind z.B. Tastkörperchen in der Haut oder die Augen, welche die auf sie auftreffenden Lichtmuster undifferenziert aufnehmen. Die von anderen Organismen ausgehenden Impulse nähern sich oder verändern aktuell den augenblicklichen Zustand. So weicht die ungestaltete Grunderfahrung von z.B. diffusen Lichtmustern allmählich differenzierterem Erleben einzelner Lichter. Schließlich kann der Säugling bestimmte Elemente prototaxischer Erfahrung voneinander unterscheiden: z.B. wenn ein charakteristischer Gegenstand in der Umgebung vorher vorhanden war, dann aber plötzlich fehlt. Diese Unterscheidung bestimmter prototaxischer Elemente voneinander wird zum Ur-element kindlichen Wissens.

Auf den prototaxischen folgt der parataxische Erfahrungsmodus. Dessen wesentliche Charakteristik ist: Gemeinschaft oder Zusammenfall von Erfahrungen ohne logische Verknüpfung untereinander. Während der fortschreitenden Reifung des Kindes bricht die ungestaltete Einheit von Erfahrung auseinander. Es gibt nun schon verschiedene Aspekte und unterschiedliche Anteile von Erfahrung. Das Kind erlebt sie als zufällig zusammentreffende; es kann keine logische Verbindung zwischen ihnen herstellen. Parataxisches Erleben kennt kein gedankliches Nacheinander oder gegenseitige Beziehungsnahme. Es werden Augenblickserfahrungen gemacht, die unvermittelt nebeneinander stehen. Auch ein Großteil der Erfahrung Erwachsener geschieht parataxisch, z.B. als Traum oder im Wachzustand als Vorurteil.

Der dritte Modus ist gekennzeichnet durch "consensual validation", was soviel heißt wie: gemeinsam empfundene Gültigkeit. Consensual Validation ist ein semantischer, sprachlicher Prozeß, wobei Sprache im weitesten Sinne gemeint ist. Es gehören zu ihr nicht nur die Wortbedeutungen, sondern auch Intonation, Sprechtempo, Art und Weise der Artikulation usw. Das Kind lernt Sprache als Ausdruck von Symbolen, die in der jeweiligen Kultur allgemein anerkannte Bedeutung haben. Schritt für Schritt lernt es die kulturelle Bedeutung der Sprachsymbole in Gruppenaktivitäten, interpersonalen Aktivitäten und allgemein sozialer Erfahrung. Gleichzeitig verlernt es allmählich die eigene "autistische", frühere Sprache. Dieser semantische Prozeß ist in höchstem Maße kulturabhängig. Bei einer gesunden Entwicklung mündet er in Consensual Validation, d.h. zwischen den Gesprächspartnern herrscht Übereinkunft im semantischen Bereich. Consensual Validation ist erreicht, wenn zwei Gesprächspartner z.B. die Vokabel "Baum" verwenden und gleichzeitig mit ihr denselben Inhalt verbinden. Dabei zielt Consensual Validation auf Nützlichkeit der Kommunikation, nicht auf einen objektiven Wahrheitsgehalt der verwendeten Symbole. Wenn diese

semantische Deckungsgleichheit erreicht ist, ist generell syntaktische Erfahrung möglich geworden: Beobachtung, Analyse und geistige Verarbeitung ("eduction") von Beziehungen sind gemeinsam empfundener Gültigkeit zugeordnet. Der dritte, syntaktische Erfahrungsmodus ist somit die reifste Form menschlicher Erfahrung, denn er überschreitet die Privatheit eigener Gefühle und Sprache in Richtung auf deren zwischenmenschliche Gemeinsamkeit.

Das Kind eignet sich diese drei Erfahrungsmodi im Laufe seiner Entwicklung an. Im Leben des Erwachsenen sind alle vorhanden, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. Ein Rest prototaxischen Erlebens findet sich beim Erwachsenen in der Art und Weise, wie er die primären Daten über ein neues, unbekanntes Objekt erhebt. Ehe er das ihm äußerliche Objekt mental fassen (ein "percept" bilden) kann, erfaßt er eine unspezifische Erregung seines sensorischen Apparats. Die Erregung vollzieht sich in der Hauptsache unbewußt. Sullivan bezeichnet diesen Vorgang nach einem Ausdruck von Charles Spearman's als "sentience". Sentience ist "die Gesamtheit der signifikanten Zustände der Organismen, bezogen auf das Einwirken von Geschehnissen."⁶⁾ Der prototaxische Rest findet sich hier als vorsprachliches und undifferenziertes Erleben. Jedes Individuum verspürt Sentience, und diese Tatsache ist von Bedeutung für das Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen.

Zwei weitere Begriffe nehmen einen wichtigen Platz im Konzept Sullivans ein. Es handelt sich um die Termini "Euphorie" ("euphoria") und "Spannung" ("tension"). Beide beschreiben Extremzustände menschlicher Erfahrung, wie sie im realen Leben kaum existieren. Um einer besseren Verständlichkeit willen extrapoliert Sullivan sie jedoch aus der Komplexität des normalen Lebens, wohl wissend, daß sie hauptsächlich theoretische Extreme sind. Von allen Menschen kommt der Säugling ihnen am nächsten. Absolute Euphorie ist der Zustand gänzlichen Wohlbefindens. Der Säugling erlangt sie

nahezu, wenn er tief schläft. Der Tiefschlaf des Säuglings gibt das Vorbild ab für jede weitere graduelle Abstufung menschlicher Euphorie. Spannung hingegen ist das negative Korrelat zur absoluten Euphorie. Am nächsten kommt ihr der Zustand des Schreckens: "Absolute Spannung kann definiert werden als die größtmögliche Abweichung von absoluter Euphorie. Die dichteste Annäherung an absolute Spannung, die man beobachtet, ist der ziemlich seltene und immer relativ unbeständige Zustand des Schrecks."⁷⁾ Ganz allgemein ist Spannung die Möglichkeit von Aktion, wobei Aktion generell als Energieumsetzung ("energy transformation") gefaßt werden kann. Sullivan versteht Energie physikalisch. Er meint nicht "psychische Energie"; eine solche existiert für ihn nicht, da alles Leben an Materie und physikalische Prozesse gebunden ist. Die Annahme einer "psychischen Energie" würde seinem naturwissenschaftlichen Denken völlig widersprechen. Das heißt nun nicht, daß Sullivan die psychische Repräsentanz menschlicher Handlung bestreitet. Vielmehr ist Spannung die Möglichkeit zur Handlung, und sie kann eine gefühlte oder repräsentierte Komponente haben.⁸⁾ Diese psychische Repräsentanz vollzieht sich mit der gleichen physikalischen Energie, mit der alle anorganischen und organischen Prozesse ablaufen.

Nicht alle Energie wird in psychische Repräsentanz umgesetzt, obwohl sie zu Erfahrung geführt hat: viele menschliche Erfahrungen bleiben ohne bewußtes Erleben. Sullivan unterscheidet "offenbare" ("overt") von "verdeckten" ("covert") Energieumsetzungen; entsprechend unterscheidet er zwischen "offenbaren Prozessen" und "verdeckten Prozessen" in interpersonalen Beziehungen⁹⁾.

In allen physikalischen Prozessen kann potentielle von kinetischer Energie unterschieden werden; ebenso läßt sich menschliche Erfahrung sondern in die beiden Äußerungsweisen Spannung und Energietransformation. Spannung bezeichnet den statischen, Energieumsetzung den dynamischen Aspekt von Erfahrung.

Spannung ist kein einheitlicher Zustand. Sullivan nennt zwei Formen: zum einen die "Bedürfnisspannungen" ("tensions of needs"), zum andern die "Angstspannungen" ("tensions of anxiety"). Beide Spannungsarten entsprechen den beiden grundlegenden Aspekten der einheitlichen menschlichen Natur. Bedürfnisspannungen beziehen sich dabei auf den biologischen, Angstspannungen auf den sozialen Bereich. "Die Spannungen, welche gelegentlich oder wiederholt den Grad der kindlichen Euphorie mindern und das biologische Ungleichgewicht seines Lebens bewirken, sind Bedürfnisse, die sich in erster Linie auf seine kommunale Existenz mit dem physiko-chemischen Universum erstrecken!"¹⁰⁾

Die ersten Bedürfnisse des Neugeborenen sind rein biologische: es muß atmen, es muß essen, es muß seine Körpertemperatur aufrecht erhalten. Bedürfnisse sind Störungen seines biologischen Gleichgewichts, und so erfordern die jeweiligen Bedürfnisse nach Sauerstoff, Nahrung und Wärme eine Befriedigung, damit das Gleichgewicht wiederhergestellt wird. Um Befriedigung, d.h. energetisches Gleichgewicht, zu erreichen, unternimmt der Säugling mehrere zweckgerichtete Handlungen. Er macht dabei die Erfahrung, daß bestimmte Aktionen nützlich, andere hingegen unbrauchbar sind, da sie die vorherrschende Spannung ungemindert lassen. Die jeweiligen Erfolgserfahrungen bestimmen nun die Bedeutung des Bedürfnisses. So entsteht z.B. aus der Erfahrung, daß durch Nahrungsaufnahme die zuvor unspezifische Spannung Hunger entladen wird, das Bedürfnis zu essen. Es bedeutet: ich brauche Nahrung, um die Spannung zu lindern. Bedürfnisse gewinnen ihre Inhalte in Hinsicht auf die befriedigenden Handlungen. Die Störung der Homöostase kann nun mit adäquaten Mitteln angegangen werden. Gleichzeitig lernt der Säugling die Natur extremer Spannungszustände kennen. Das geschieht dann, wenn ihm die Erfahrung von Befriedigung versagt bleibt. All dies erlebt der Säugling Sullivan zufolge prototaxisch; dennoch wird hier schon die Basis für die zeitliche Erfahrungsdimension Zukunft gelegt, denn die kindlichen Operationen werden ja nur in Hinsicht auf die angestrebte spätere Befriedigung unternommen.

Das biologische Feld bleibt nur für die kurze Zeit nach der Geburt vom sozialen Feld isoliert. Die Erfahrung, daß einem Sauerstoffmangel durch Atmen begegnet werden kann, geschieht durch physiologische Reflexe, für deren Inangsetzung keine besonderen Handlungen anderer Menschen benötigt werden. Aber schon die Befriedigung der Bedürfnisse nach Nahrung und einer definierten Körperwärme erfordert die Inanspruchnahme einer Pflegeperson. Diese ist fast immer die Mutter. Indem sie den Säugling nährt und zudeckt, stehen sie und ihr Kind in interpersonalem Kontakt. Während also der Säugling Befriedigung seiner physikalisch-chemischen Bedürfnisse sucht, macht er die Erfahrung mit einem anderen Menschen, wenn auch noch undifferenziert in Raum, Zeit und Gestalt. Er erfährt, daß seine biologischen Bedürfnisse nur über diesen anderen, die Mutter, erfüllt werden. Durch biologische Notwendigkeiten stehen Mutter und Kind nun in gegenseitigem Kontakt. Diesem erwächst die gemeinsame Erfahrung von Zärtlichkeit. Sullivan formuliert ein "Theorem der Zärtlichkeit" ("theorem of tenderness"). Es besagt, daß die Beobachtung der kindlichen Aktivität in der Mutter Spannung induziert, die als Zärtlichkeit erfahren wird: "Die beobachtete Aktivität des Kindes, die herrührt von den Bedürfnisspannungen, induziert Spannung in der Mutterfigur; diese Spannung wird erfahren als Zärtlichkeit und als ein Anstoß zu Aktivitäten, die die Bedürfnisse des Kindes erfüllen sollen."¹¹⁾ Der Säugling hinwiederum erfährt die so motivierten mütterlichen Handlungen als Zuwendung zärtlichen Verhaltens. Auf diese Weise entsteht in ihm ein "Bedürfnis nach Zärtlichkeit" ("need for tenderness"). Dieses Bedürfnis ist - wie oben gezeigt - über seine physikalisch-chemischen Bedürfnisse eingeführt worden.

Es dürfte deutlich geworden sein, daß Biologisches und Soziales nur miteinander existieren können, soweit es die früheste menschliche Persönlichkeitsentwicklung betrifft. Die Voraussetzung dafür, daß der Säugling Nahrung aufnehmen kann, ist die Existenz einer Mutter, die ihn füttert; und die Voraussetzung für das Erlebnis von Zärtlichkeit ist das Vorhandensein biologischer Notwendigkeiten, an denen sich interpersonale Beziehungen bilden können. Biologisches ist sozial, und Soziales biologisch vermittelt.*

* E. Meistermann - Seeger übersetzt "tenderness" mit "Zartsinn" und nicht mit "Zärtlichkeit". Sie begründet diese Übersetzung folgendermaßen: "Sullivans tenderness steuert das soziale Verhalten der Person. Tenderness hängt mit Wahrnehmung zusammen und ist von der Befriedigung des Selbsterhaltungstriebes unabhängig. Tenderness sollte als soziales Verhalten in der Menschheit ubiquitär sein; die finale Bedeutung des Wortes ist evident.

Aus diesem Grund haben wir "Tenderness" mit "Zartsinn" und nicht mit "Zärtlichkeit" übersetzt. Der Begriff der "Zärtlichkeit" wird von Freud im Gegensatz zur "Sinnlichkeit" verwendet und ist eng an die erste Form der Liebesbeziehung geknüpft. Zärtlichkeit besteht zwischen zwei Personen und ist die Vorbereitung einer symbiotischen Vereinigung oder ein Substitut derselben. "Tenderness" oder "Zartsinn" schärft die Wahrnehmung von Unterschieden in Möglichkeiten und Verhaltensformen der Einzelnen, und zwar in subtilen Größenordnungen."¹²)

Auf dem Hintergrund dieser differenzierten begrifflichen Klärung habe ich "tenderness" dennoch aus folgendem Grund mit "Zärtlichkeit" übersetzt: Sullivan beschreibt mit seinem Theorem eine Mutter-Kind-Interaktion, die nur aus einem symbiotischen Beziehungsgefüge heraus verständlich werden kann. Zärtlichkeit als "Vorbereitung einer symbiotischen Vereinigung" (s.o.) findet in dieser frühen Mutter-Kind-Symbiose ihr Vorbild. Jede spätere Zärtlichkeit ist ohne diese frühe Erfahrung nicht möglich. So trifft gerade "Zärtlichkeit" mit seinem Verweis auf Symbiose den angesprochenen Sachverhalt genauer als "Zartsinn". Davon bleibt natürlich die generelle Bedeutung von "tenderness", wie E. Meistermann - Seeger sie oben beschrieben hat, unberührt.

Jenseits der biologischen Sphäre gibt es andere Spannungen. Sullivan meint mit ihnen die Angstspannungen, die ausschließlich interpersonal übermittelt werden. Er stellt ein zweites Theorem auf, das er "Theorem der Angst" ("theorem of anxiety") nennt: "Die Spannung der Angst induziert, wenn sie in der Mutterfigur vorhanden ist, Angst im Kind."¹³⁾ Die ängstliche Mutter induziert Angstspannungen nicht auf rational einsichtige und physikalisch meßbare Weise, sondern auf dem Wege der Empathie ("empathy"). Angst bezieht sich somit nicht auf das physiko-chemische Environment; vielmehr ereignet sie sich in der kommunalen Existenz von Mutter und Kind mit einem personalen Environment. Fehlt Angst in interpersonalen Beziehungen, herrscht interpersonale Sicherheit ("security"). So bedeutet die Freiheit von Angstspannungen für das Kind die Erfahrung interpersonaler Sicherheit mit der Mutter.

Die merkwürdige Unfaßlichkeit, mit der Angst entsteht, hat für alles weitere menschliche Leben und für die Psychiatrie weitreichende Konsequenzen. Das Kind erlebt bei Angst im Gegensatz zu den physiko-chemischen Spannungen, die sich durch ihre Ausrichtung auf ein definiertes Ziel auszeichnen, Abwesenheit jeglicher vektorieller Qualitäten. Es kann Angst nicht durch bestimmte erfolgsversprechende Handlungen mildern bzw. auslöschen, denn der Angst fehlt jegliches erkennbare materielle Substrat. Angst führt im prototaxischen Erleben eine Art von Unheimlichkeit ("uncanny emotion") mit sich, mit welcher das Kind nicht umgehen kann. Das Kind ist ihr hilflos ausgesetzt. So entwickelt es ein interpersonales Bedürfnis nach Angstfreiheit, das allgemein bezeichnet werden kann als "Bedürfnis nach interpersonaler Sicherheit" ("need for interpersonal security"). Angst gerät immer in Widerspruch zu anderen Spannungen, so vor allem zu der wachsenden Vertrautheit des Kindes in seine kommunale Existenz mit dem physiko-chemischen Environment. Angst stört hauptsächlich die Entwicklung vorausschauender Fähigkeiten, die für die kindliche Realitätsfindung und -bewältigung von zentraler Bedeutung sind. Vielleicht wird das wesentliche Merkmal

von Angst noch deutlicher in der Abgrenzung vom Wesen des Schrecks: Schreck ist immer die Reaktion auf ein faßbares Ereignis. Mit dem Schrecken kann das Kind sich auseinandersetzen, denn es kennt ja dessen Ursprung. Angst hingegen hat keine spezifische Quelle in der materiell faßbaren Umwelt. Sie kommt per Induktion durch andere und ist somit nicht zu beherrschen.

Sullivans gesamtes psychiatrisches Konzept ist um Angst zentriert. Immer wieder tritt sie in zwischenmenschlichen Beziehungen auf; sie bewirkt die Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen. Ein Großteil menschlichen Verhaltens dient einzig dem Zweck, der paralysierenden Kraft von Angst zu entkommen, Angst zu vermindern oder zu vermeiden. Sullivan selbst sagt, daß ein Verständnis des Phänomens Angst einem Verständnis seines psychiatrischen Konzepts gleichkommt¹⁴⁾. Die in interpersonalen Situationen herrschende Angst kann sich im Individuum in vielfältiger Form niederschlagen: von einer leichten Minderung des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung, über deren schwere Ausdrucksgrade, bis hin zur Manifestation psychotischer Symptome. So wird die Verfolgung des menschlichen Entwicklungsgangs zur Erkundung, wie und wo Angst auftritt, bzw. interpersonale Sicherheit herrscht. Psychiatrische Praxis wird im Anschluß daran zum Versuch, dem Patienten interpersonale Sicherheit zu vermitteln.

Interpersonale Theorie kann begriffen werden als eine Theorie des anderen bzw. der anderen: menschliches Leben ohne ein persönliches Gegenüber ist nicht möglich. Sullivan unterscheidet zwei Klassen von Personen, die in interpersonalen Beziehungen dies Gegenüber darstellen. Die einen sind offenbare, "reale", die anderen vorgestellte, bildhafte Personen ("eidetic people"). Jeder Mensch nimmt an seinem Gegenüber entweder aktuell Vorhandenes oder Vorgestelltes wahr; meist besteht die Wahrnehmung in einer Vermischung von beiden. Dabei entstammt das wirklichkeitsverzerrende Bild der Ge-

schichte vergangener zwischenmenschlicher Erfahrungen. Aus diesem Grunde untersucht Sullivan, wie Erlebnisse der frühen Kindheit sich langsam zu Personifikationen, Zeichen und Symbolen für den Menschen entwickeln. "Eidetic people" beziehen sich stets unmittelbar oder mittelbar auf signifikante Personen aus der persönlichen Vergangenheit. Sie sind vergangene, aber sozusagen "virulent" gebliebene Erfahrungen, die immer wieder in die Geschehnisse der Gegenwart und voraussehbaren Zukunft hineinreichen. Sie sind Abstraktionen der Vergangenheit, und man kann sie begrifflich fassen nur durch Schlußfolgerung. Derartige Abstraktionen mittels Schlußfolgerung sind - in gereifter Sprache ausgedrückt - die Personifikationen der "Guten Mutter" und der "Bösen Mutter". Der "Guten Mutter" entspricht die frühkindliche Erfahrung, daß durch die Mutter "Bedürfnissspannungen" ("tensions of needs") gelöst werden. Der "Bösen Mutter" entspricht die Erfahrung von Angst in Verbindung mit der mütterlichen Gegenwart, wie oben dargestellt¹⁵⁾.

Die in jedem Menschen mit Notwendigkeit erfolgende Entwicklung von symbolhaften Prozessen und Personifikationen ist von außerordentlicher Relevanz für die psychiatrische Praxis. Die nachfolgende Darstellung der einzelnen Entwicklungsphasen soll diese Tatsache verdeutlichen.

IV. Die menschlichen Entwicklungsstadien im einzelnen

Die erste große Gefahr droht dem Neugeborenen in Form von Anoxie. Sie tritt ein mit der Durchtrennung des Nabels und den dadurch folgenden Verlust der Bindung an den mütterlichen Kreislauf. Sie besteht so lange weiter fort, bis sich der kindliche Atemzyklus in Gang gesetzt hat. Jedwede Wiederholung dieser Anoxiegefahr ruft im Säugling ein Verhalten hervor, das einen Vergleich mit dem Wutverhalten ("rage behavior") Erwachsener suggeriert. Dies spezifische Verhalten ist eine Antwort auf eine besondere Form von Furcht, d.i. Schrecken, welche den Sauerstoffmangel begleitet. So erfährt der Säugling Furcht bereits mit der Geburt; Furcht kann als der gefühlte Aspekt einer Spannung bezeichnet werden, die von einer Gefahr für die Existenz oder biologische Integrität des Organismus herrührt. Derartige Gefahren sind in der Hauptsache die erwähnte Anoxie; weiterhin Wasserentzug, der sich in Durst äußert; das Fehlen von Kohlehydraten und anderen chemischen Nahrungsstoffen; Unterkühlung usw. Der Säugling muß eine spezifische Antwort auf diese furchterregenden Situationen geben: er findet sie in Form des Schreiens. Das Schreien dient dem Versuch, die furchterregenden Umstände verschwinden zu lassen. Der Versuch gelingt dadurch, daß das Schreien in der Mutter "Spannungsgattungsmäßiger Zärtlichkeit" induziert, welche die Mutter zu Handlungen veranlassen, die die Gefahrensituationen auflösen. Der Säugling verfügt noch nicht über die breitere Palette von Möglichkeiten zur Furchtvermeidung, wie der Erwachsene sie kennt. Er kennt nur Schreien als die einzig adäquate Reaktion auf eine drohende Gefahr. Dabei ist zu betonen, daß diese Gefahr ausschließlich für seine biologische Integrität besteht. Diese Tatsache wird wichtig im Vergleich zur spezifischen Antwort des Säuglings auf Angst. Angst wird durch eine ängstliche Mutter auf dem Wege der Empathie im Kind induziert¹⁾. Während Furcht aus einer Bedrohung der kommunalen Existenz mit der biologischen Umwelt erwächst,

gründet Angst in einer Störung der kommunalen Existenz mit dem interpersonellen Feld. Das kindliche Schreien ist eine spezifische, erfolgversprechende Antwort auf eine erkennbare, spezifische Gefahr. Angst hingegen hat aufgrund der Induktion durch Empathie keine vergleichbare Ursache. Vielmehr ist Angst plötzlich einfach da, ohne daß der Säugling Grund und Weg ihrer Übermittlung ausmachen könnte. Entsprechend vermag er nicht, kausalitätsbezogen zu reagieren: es gibt kein adäquates Verhalten, das die Genese von Angst angehen könnte.

Während der Säugling einer furchterregenden Erfahrung durch Schreien erfolgreich begegnen kann, kann dieses Mittel bei Angstzuständen versagen. Kindliches Schreien kann u.U. eine ängstliche Mutter noch ängstlicher stimmen, als sie ohnehin bereits ist. Allerdings muß Angst nicht immer diese desintegrierende Wirkung haben. Angst kann auch die Fähigkeiten der Mutter steigern: durch geeignete Maßnahmen kann die Mutter die kindliche Angst beseitigen. Vermag sie dies aufgrund eigener Ängstlichkeit jedoch nicht, so muß das Kind mit seiner Angst auf eigene Weise umgehen. Aufgrund seines unreifen Entwicklungsstandes kann der Säugling nur unspezifisch auf Angst antworten. Er reagiert mit "schläfrigem Rückzug" ("somnolent detachment"); der schläfrige Rückzug aus der angstbringenden Umwelt läßt die Ursachen der Angst unverändert, denn die Flucht vor der aktuellen Mutter-Kind-Beziehung birgt keine Gelegenheit zur qualitativen Umgestaltung der Mutter-Kind-Beziehung selbst.

Ein vom äußeren Erscheinungsbild her völlig gleich geartetes Verhalten kann der Säugling als Reaktion auf Furcht zeigen. Sullivan nennt diese Form von Schläfrigkeit "Apathie" ("apathy") und unterscheidet somit dennoch nach den Ursachen. Apathie ist von schläfrigem Rückzug in der Hinsicht fundamental verschieden, daß sie eine adäquate Reaktion auf Angst sein kann. Während des Zustands der Apathie werden die biologischen Bedürfnisse in ihrer radikalen Äußerung zurück-

gehalten; dadurch kann ein in Schrecken mündendes Anwachsen von Spannung verhindert werden. Apathie kann also Spannung, die aus biologischen Gegebenheiten herrührt, nicht lösen; aber sie kann wenigstens die Dringlichkeit der Bedürfnisbefriedigung zurückdrängen. Wenn z.B. der Säugling Hunger verspürt, so reagiert er darauf in Form von Schreien ("crying-when-hungry"); sollte die Mutter zufällig nicht anwesend sein und seinen Hunger nicht stillen können, so schreit der Säugling eine Zeitlang weiter, d.h. seine energetische Spannung steigt. Wenn die Spannung weiter ansteigt, verfällt der Säugling ab einem bestimmten Zeitpunkt in Apathie. Apathie rettet ihn vor dem Zustand des Schreckens und zögert das Anwachsen seiner Bedürfnisspannungen hinaus, bis die Mutter erscheint und ihn füttert. Unter solchen Umständen kann Apathie im Einklang mit Schreien zur letztlichen Spannungsauflösung führen. Natürlich gilt dies nur solange, wie keine ernsthafte Gefahr für die biologische Integrität des Säuglings droht. In seinem solchen Falle kann Apathie sogar tödlich sein, da sie sinnvolles Schreien verhindert.

Gänzlich anders verhält es sich mit den Angstspannungen und dem reaktiven schläfrigen Rückzug. Letzterer schützt auch vor Gefahren: er schützt vor Angst in interpersonalen Situationen. Er kann aber im Gegensatz zur Apathie niemals beitragen zu einer Spannungslösung: sobald der Säugling aufwacht, ist die Angst wieder da, und der kann erneut keine angemessene Antwort auf sie geben.

Apathie und schläfriger Rückzug sind Sullivan zufolge "Dynamismen". Ein Dynamismus ("dynamism") ist die kleinste Einheit des physiologischen und auch interpersonalen Geschehens; er ist vergleichbar einer Zelle. Der Zelle als morphologischem Begriff steht Dynamismus als Ausdruck energetischer Umwandlungen gegenüber: Dynamismus ist "das ziemlich dauerhafte Muster von Energieumwandlungen, welche wiederholt die Organismen und deren Dauer als lebende Organismen kennzeichnen."²⁾ Den Psychiater interessierende Dyna-

mismen sind die verhältnismäßig dauerhaften Muster von Energieumwandlungen, welche wiederkehrend die interpersonellen Beziehungen kennzeichnen. Dazu gehören persönliche Zeichen und, ganz allgemein, relativ feste Formen des gegenseitigen mitmenschlichen Umgangs. Apathie und schläfriger Rückzug sind also insofern Dynamismen, als sie Grundmuster kindlichen Verhaltens darstellen. Beide sind Schutzdynamismen: dieser vor interpersonal induzierter Angst, jene vor dem Anwachsen unerfüllter biologischer Bedürfnisse.

Beide Dynamismen verweisen auf eine dritte Art von im Kind vorherrschender Spannung. Es handelt sich um die Bedürfnisspannung nach Schlaf ("tension of the need for sleep"). Das kindliche Leben vollzieht sich im phasischen Wechsel von Wachen und Schlafen seit praktisch der ersten Stunde des extrauterinen Daseins. Provisorisch setzt Sullivan den Status des Wachens mit Bewußtsein gleich, was er, wie er selbst zugibt, nur schlußfolgert. Schlaf bedeutet nicht spannungsfreie Euphorie (siehe obige Definition), denn je mehr Schlaf benötigt wird, umso drängender wird die Homöostase störende Spannung.

Schreien ist die wohl auffälligste Aktion des Säuglings. "Das Schreien ist funktionale Aktivität (d.h. normales physiologisches Geschehen) des Säuglings, welche in der Hauptsache (außer zum Atemzyklus) zum Kopfende des Speiseweges gehört."³ Die funktionelle Aktivität Schreien zeitigt unterschiedliche Folgen: u.a. Ingangsetzung des Atemzyklus, Löschen von Hunger und Durst, Vermeidung von Unterkühlung und Sicherung der körperlichen Bewegungsfreiheit. Besondere Beachtung verdient die Beziehung zwischen Schreien und "dem Kopfende des Speiseweges." Nun wird auch klar, warum Sullivan sich so verquer ausdrückt und nicht einfach von Mund spricht. Der Mund ist nämlich mehr als nur Mund: er ist eine Interaktionszone, die apparativ in drei Typen aufgeteilt werden kann: in einen Rezeptorapparat, einen "Eductorapparat" und einen Effektorapparat. Sullivan spricht hier konsequent

physiologisch. Mit Eductorapparat meint Sullivan eine Verarbeitungsstelle, die zwischen Rezeptor und Effektor geschaltet ist. Rezeptorapparate sind Organisationen bestimmter Sinnesapparate, wie Sehen, Riechen usw.; Effektorapparate sind normalerweise Muskeln und Drüsen. Alle drei Untergliederungen der einen Interaktionszone Mund werden vom Säugling benutzt. Er schreit und "produziert" in gewissem Sinne damit die mütterliche Brustwarze in seinen Mund. Der Rezeptorapparat nimmt die Brustwarze auf, der vom Rezeptor ausgehende Reiz wird im Eductor verarbeitet, und der Effektorapparat manifestiert sich im Saug- und Schluckakt. Die physiko-chemische Bedürfnisspannung wird entladen. Dieser normale physiologische Ablauf ist Teil der funktionalen Aktivität des Säuglings in seiner kommunalen Existenz mit der notwendigen Umwelt. Dadurch, daß zur Realisierung dieses Ablaufs Bezug zur Außenwelt erforderlich ist, gerät das soziale Feld mit in den Erfahrungsbereich der oralen Interaktionszone. Die Qualität der mütterlichen Brustwarze wird zu einem entscheidenden Erlebnis für den Säugling. Er macht die "nipple-lips experience" als Folge eines spezifischen Aussagegehalts seines Schreiens. Sein Schreien hat nämlich nicht immer dieselbe Bedeutung für ihn. So unterscheidet sich das Schreien aus Hunger vom Schreien aus Kälte für ihn in grundlegender Weise. "Objektiv", d.h. durch Messung der Schallwellen, mag sich dabei keine Differenz ausmachen lassen. Solche "Objektivität" zählt aber nicht im prototaxischen Erleben des Säuglings. Es verhält sich für ihn so, wie wenn man im Deutschen von "Lärche" bzw. "Lerche" spricht; beide Wörter klingen in der Aussprache gleich, aber sie bezeichnen doch zwei voneinander völlig verschiedene Dinge (Sullivan gibt als Beispiel "whole" und "hole").

Die Ausdrucksform des Schreiens muß also motivational verstanden werden. Das den Beobachter bzw. Zuhörer immer wieder gleich anmutende Phänomen dient dem Säugling zum Erreichen der unterschiedlichsten Zwecke. So erlebt er das "Schreien-

aus-Hunger" als eine vom "Schreien-aus-Kälte" völlig differente Aktion. Meist sind die Schreiaktionen von Erfolg gekrönt; aber der Säugling kennt keine rationale Ursache des Erfolgs. Er lernt nur: wenn ich schreie, verschwindet nach kurzer Zeit der Grund meines Unbehagens. Insofern hat der Schrei in diesen frühen Monaten, wie Sullivan sagt, eine magische Kraft ("magical potency"). Nun treten neben die häufigen Erfolgserfahrungen (Nahrungserhalt, Zudecken usw.) seltene Ereignisse. Zum einen kann die Mutter abwesend sein, wenn der Säugling beispielsweise aus Hunger schreit. Er macht die bedeutsame Erfahrung der unerwarteten Machtlosigkeit ("powerlessness"). Daraufhin verfällt der Säugling in Apathie.

Zum anderen kann, und das ist ein wichtiger Punkt in der menschlichen Entwicklung, während des Stillakts Angst auftreten. Durch seinen Hungerschrei kann der Säugling in magischer Weise die mütterliche Brustwarze wieder in seinen Mund "produzieren". Ist nun die Mutter ängstlich, so erfährt das Kind ihre Brustwarze als eine andere als sonst ("a different nipple"). Die gewohnte Aktion des Hungerschreis zeitigt nicht den gewohnten Erfolg des komplikationslosen Stillens. Es stellt sich nicht die gewohnte Euphorie, das Wohlbefinden ein. Vom kindlichen Standpunkt aus gesehen kann dieser Euphorieverlust unmöglich von der gewohnten Brustwarze verursacht sein: eine andere muß für ihn verantwortlich sein. Die andere Brustwarze stellt für den Säugling die Quelle seiner Angst dar. Die Angst ist plötzlich einfach da; er kann sich ihrer u.U. nur dadurch zu erwehren suchen, daß er die Brustwarze aus seinem Mund gleiten läßt und nicht mehr saugt. Objektiv erstreckt sich Angst auf das gesamte Feld der interpersonalen Situation zwischen Mutter und Kind. Irrtümlicherweise jedoch meint der Säugling, die Angst komme über den Mund. Er beginnt nun eine einzige aktuelle Brustwarze als zwei voneinander völlig verschiedene Brustwarzen wahrzunehmen: die eine ist die gewohnte und erwünschte,

die andere die böse, schlechte Brustwarze. Die böse Brustwarze verschafft dem Kind endlosen Ärger, denn die ihm einzig mögliche Antwort der "oralen Verwerfung" ("oral rejection") kann die vorherrschende Angst nicht mindern; Angst kehrt immer wieder zurück. All dies erlebt der Säugling prototaxisch. Die Erfahrungen der guten und der bösen Brustwarze bilden im Anschluß daran die Basis für parataxische Erfahrung, denn der Säugling hat ja in primitiver Form zu differenzieren gelernt. Er beginnt rudimentäre Begriffe von Zukunft zu entwickeln, denn er "weiß" jetzt, daß sein Hungerschrei die angestrebte Bedürfnisbefriedigung entweder bewirkt oder - seltener - nicht bewirkt. Er differenziert jetzt die mütterliche Brustwarze als von seinen Lippen unabhängig. Und da sie ihm in der Hauptsache Befriedigung verschafft, gewinnt sie für ihn die Bedeutung ("mean") vorhersehbarer Befriedigung. Die in der oralen Interaktionszone entstehende taktil-thermale Sentience und alsbald die Organisation visueller Sentience von der Brustwarze werden zu einem Zeichen ("sign"), daß der Hunger gestillt werden wird. Die Brustwarze ist also ein Zeichen, daß der Hunger gestillt werden wird, ausgenommen das Schreien hat die schlechte, angstverbreitende Brustwarze hervorgerufen. Die Brustwarze hat somit Doppelcharakter: sie ist konkrete prototaxische Erfahrung des Säuglings; und sie ist gleichzeitig Verarbeitung von Erfahrung, indem sie zu einem Zeichen wird. Für Sullivan ist "Zeichen" ein bestimmtes Abstraktionsmuster aus dem undifferenzierten - zu diesem Zeitpunkt prototaxischen - Erfahrungsablauf. Das Zeichen wird zu einem Mittel, die amorphe Allgemeinerfahrung in primitiver Weise zu gestalten, indem es Unterschiede benennt. Mit ihm gewinnt auch die Dimension Zeit an Einfluß, denn das Zeichen wird ja gebildet als Folge vergangener und in Hinsicht auf zukünftige Ereignisse. "Ein Zeichen ist ein genaues Muster in der Erfahrung von Ereignissen, welches unterschieden ist aus, oder innerhalb des allgemeinen Flusses der Erfahrung (zu diesem Lebens-

abschnitt prototaxische Erfahrung); und diese Unterscheidung entsteht im Verhältnis von Erinnerung an und Vorausschau auf eine bestimmte, häufige Abfolge von Befriedigung oder anwachsendem Unbehagen."⁴⁾

Ich will versuchen, die Bedeutung des Zeichens für den Säugling zu erhellen. Es mag ihm - bei aller Künstlichkeit des Vergleichs - soviel sagen, wie: "Diese bestimmte Brustwarze hat mich bisher immer gesättigt (bzw. geängstigt); nun spüre ich sie erneut in meinem Mund und kann annehmen, daß sie mich wieder sättigt (bzw. ängstigt)."

Im Verständnis Sullivans sind Zeichen Sekundärelemente, welche die erfahrungsmäßigen Primärelemente organisieren; gleichzeitig sind sie selbst Erfahrung.

Insgesamt gibt es für den Säugling vier verschiedene prototaxische Erfahrungen mit der mütterlichen Brustwarze:

- A₁ - die gute und befriedigende "Brustwarze-in-den-Lippen" ("nipple-in-lips"), die das Signal für Ernährung ist.
- A₂ - die gute, aber unbefriedigende "nipple-in-lips". Es handelt sich um diejenige der beiden mütterlichen Brustwarzen, welche aufgrund ihrer Größe, Schwere, u.ä. weniger bevorzugt wird. Sie wird solange abgewiesen, wie die bevorzugte erreichbar ist.
- B - die falsche "nipple-in-lips", d.i. die Brustwarze, welche keine Milch mehr spendet. Sie ist ein Signal zur Verwerfung und zur Suche nach einer andern.
- C - die Erfahrung mit der schlechten Brustwarze einer ängstlichen Mutter. Der Säugling will diese schlechte Brustwarze auf keinen Fall in seinem Mund haben, und so ist sie ein Signal für "not-that-nipple-in-my-lips". Er weist sie zurück, spuckt sie aus.

Die Auflistung erwähnt einen weiteren wichtigen Begriff: Signal ("signal"). Signale sind unter einem Handlungsaspekt zu verstehen. Sie sind Anstöße zu spezifischen Aktionen und Verhaltensänderungen.

Sullivan beschreibt sie als eine besondere Art von Zeichen. Der Zusammenhang von Zeichen, Signal und dem später zu erwähnenden Symbol wird beim Vergleich Sullivan/Lorenzer erörtert. Soviel ist hier nur zu sagen: die prototaxische, primitive Erarbeitung von Zeichen leitet über in das sozial reifere Feld der Sprache.

Der Säugling beginnt also zwischen einzelnen prototaxischen Erfahrungen zu differenzieren. Diese Identifikation von Unterschieden bildet die Grundlage jeder Art von Erkenntnis; im aktuellen Leben des Säuglings erlaubt sie sinnvolle Verhaltensänderung: sie setzt ihn in den Stand, weniger magische, mehr angemessen-nützliche Aktionen durchzuführen. Indem der Säugling die einzelnen Brustwarzen kennt, versteht er, je spezifisch mit ihnen umzugehen.

Im Zuge der Vermehrung seines Erfahrungsschatzes und der Bekanntschaft mit der Differenz lernt der Säugling auch das Entgegengesetzte: er beginnt das Gemeinsame im Differenten zu erfassen. Nachdem er die jeweiligen Unterschiede zwischen z.B. dem "Schrei-aus-Hunger" und dem "Schrei-aus-Kälte" identifiziert hat, erkennt er, daß nach Abzug aller Differenzen ein Rest an Gemeinsamem besteht. Er erkennt, daß beide Aktionen generell Schreien sind. Er kann also jetzt seine Einzelerfahrungen, die aus verschiedenen Interaktionszonen stammen, zu einer Erfahrung generalisieren, die sich auf ein wiederholtes Muster an Sentience aus seinen Hörrezeptoren bezieht. Er vollzieht eine analytische Synthesis ("analytic synthesis"). Diese neue Fähigkeit markiert den Übergang von prototaxischer zu parataxischer Erfahrung. Es herrschen zwar noch keine Möglichkeiten zu logischer Operation, aber der Zustand, in dem man ausschließlich "sein Leben lebt", ist vorüber.

Die Synthese wird vermittelt über die Distanzrezeptoren des Seh- und Hörapparates. Gleich bei welcher Gelegenheit, die ersten Daten über ein äußeres Objekt werden von der Sentience aus den Distanzrezeptoren gegeben, bevor überhaupt taktile, thermale, kinästhetische, gustatorische oder olfaktorische Endorgane gereizt werden. Angst nun hat zu diesem Zeitpunkt mit den Distanzrezeptoren gemein, daß sie bereits vor jedweder körperlichen Berührung erfahren wird. Sie muß also mit dem Seh- und Hörapparat in Beziehung stehen. Die Fähigkeit zur analytischen Synthesis hat dem Säugling mittlerweile ermöglicht, aus den zusammenhanglosen Erfahrungen an den einzelnen Interaktionszonen das Bild einer ganzheitlichen Mutter zu gewinnen. Entsprechend den unterschiedlichen Erfahrungen mit der mütterlichen Brustwarze erwachsen in ihm die Personifikationen der guten Mutter und der bösen Mutter ("good mother", "bad mother").

Die gute Mutter ist Trägerin der guten Brustwarze, und ihr Erscheinen verspricht Befriedigung. Die böse Mutter ist Trägerin der schlechten Brustwarze, und ihr Erscheinen meldet den Einbruch von Angst an. Dabei schließt 'Erscheinen' visuelle wie audible Äußerung ein. Wenn also, wie oben gesagt, der Säugling Angst erfährt, bevor er körperlichen Kontakt mit der Mutter aufgenommen hat, muß die Quelle seiner Angst im bloßen Erscheinen einer ganzheitlichen, bösen Mutter liegen. Gute und böse Mutter sind ja nur unterschiedliche Bilder von ein und derselben Person, sie existieren ja nicht in derartiger Aufspaltung als materiell getrennte; der Säugling muß somit über einen Differenzierungsmaßstab verfügen, der ihm das Erscheinen der bösen Mutter ankündigt. Dieser findet sich in den "abschreckenden Gebärden" ("forbidding gestures") der bösen Mutter. Es handelt sich bei ihnen um bestimmte Unterschiede in der mütterlichen Stimme und bestimmte Unterschiede im mütterlichen Gesichtsausdruck, die der Säugling mittels einer Verfeinerung seines Wahrnehmungsapparates erkennt. Später kommen bestimmte Unterschiede in Geschwindig-

keit und Rhythmus der mütterlichen Körperbewegungen in Richtung auf den Säugling hinzu, wie das Anlegen der Flasche, der Wechsel der Windeln usw. Wenn der Säugling in Verbindung mit diesen spezifischen mütterlichen Ausdrucksformen die schlechte, angsterzeugende Brustwarze erfahren hat, werden ihm die Ausdrucksformen selbst zur Warnung, daß bald Angst eintreten wird. Sie sind also Zeichen von Zeichen, d.h. Symbole ("symbols"). Das generelle Verhalten des Säuglings zielt ab auf Angstvermeidung, und die Symbole dienen ihm als Hinweis, sich gar nicht erst auf die angsterzeugende Situation des Stillens o.ä. einzulassen. Er kann jetzt sogar schreien, um die böse Mutter los zu werden. Im parataxischen Erleben des Säuglings existieren nur zwei 'real' voneinander verschiedene Mütter, die natürlich materiell und objektiv-physikalisch nicht zu trennen sind. Wenn die Mutter nicht ängstlich ist, zeigt sie keine "forbidding gestures"; dann ist sie die gute Mutter. Sie verhält sich zärtlich. Ist sie aber ängstlich und zeigt "forbidding gestures", dann ist sie die böse Mutter. Für den Säugling existieren beide nebeneinander. Die Symbole der "forbidding gestures" weiten sich aus auf alle signifikanten Personen des späteren Lebens; wann immer in interpersonalen Situationen Angst vorherrscht, spielen diese Symbole die entscheidende Rolle.

Die Personifikationen der guten und der bösen Mutter werden verfestigt in interpersonalen Situationen, die sich auf andere Interaktionszonen beziehen. Weitere wichtige Interaktionszonen sind neben der oralen die anale und genitale; bei der letzteren spielt das Urinieren die Hauptrolle. Im Umgang mit den kindlichen Fäzes kann die Mutter entweder zärtliches oder aus Angst abweisendes Verhalten zeigen. Auch hier widersetzt sich Angst erneut dem biologisch notwendigen Bedürfnis zu defäkieren und zu urinieren. Wenn die Mutter im Umgang mit den kindlichen Fäzes Angst äußert, dann verhindert die im Kind induzierte Angst eine komplikationslose Defäkation. Aus Angst kann das Kind seine Fäzes zurückhalten,

und je länger die Fäzes im Rectum verweilen, desto konsistenter, wasserärmer werden sie. Die Defäkation zu fester Fäzes verursacht Schmerzen, und so gewinnt Schmerzerfahrung frühe Beziehung zur analen Interaktionszone.

Ganz allgemein ist das kindliche Verhalten auf Vermeidung von Angst und die Aufrechterhaltung von Zärtlichkeit in der Befriedigung biologischer Bedürfnisse ausgerichtet. Der Säugling zeigt "integrating tendencies". Integrierende Tendenzen finden sich in Handlungen, die auf angemessene Art eine Bedürfnisspannung lösen wollen. Die als Hunger gefühlte Spannung zielt darauf ab, die "nipple-in-lips" Situation zu "integrieren" und diese solange aufrechtzuerhalten, bis die Spannung verschwindet. Die Integration nützlicher Situationen bezieht die interpersonale Situation zwischen Mutter und Kind mit ein, in die über die biologischen Notwendigkeiten Zärtlichkeit eingeführt wird. Befriedigung kann dann definiert werden als das Ablassen integrierender Tendenzen, da keine aktuelle energetische Spannung vorherrscht. Im Gegensatz zur Integration biologischer und interpersonaler Situationen gibt es auch die Desintegration ("disintegration") interpersonaler Situationen. Das geschieht dann, wenn die von der Mutter im Kind induzierte Angst mit der Befriedigung der biologischen Bedürfnisse in Widerstreit gerät. Der Säugling läßt sich zwar aus biologischer Notwendigkeit von der bösen Brustwarze stillen: er darf nicht verhungern; aber die interpersonale Situation zwischen stillender Mutter und saugendem Kind ist auseinandergebrochen, d.h. desintegriert. Das Bedürfnis nach Zärtlichkeit wird nicht erfüllt, und so unterscheidet sich Desintegration von der gesunden Lösung ("resolution") interpersonaler Situationen; eine gelöste interpersonale Situation weist nach Erfüllung aller Bedürfnisse keine aktuelle energetische Spannung mehr auf.

Die allgemeine Tendenz zur Integration und Angstvermeidung bildet die Grundlage für die Entstehung des kindlichen "Selbst-Systems" ("self-system"). Das Selbst-System ist, wie Sullivan sagt, ein "anti-anxiety-system". Es entsteht in Verbindung mit der "Bösen Mutter" und dient dem Zweck, interpersonale Situationen angstfrei zu halten. Die Anfänge des Selbst-Systems finden sich verwoben in das entstehende Gefühl für den eigenen Körper. Die Genese eines eigenen Körperbegriffs läßt sich erhellen am Beispiel des Daumenlutschens. Das Daumenlutschen unterscheidet sich vom Saugen an der mütterlichen Brust dadurch, daß nicht nur vom Mund, sondern auch vom Daumen des Kindes Sentience entsteht. Es werden somit zwei Zonen des einen Körpers in das Geschehen einbezogen: "Der Daumen fühlt sich gesaugt."⁵⁾ Wie es für parataxische Erfahrung charakteristisch ist, kennt das Kind nur mehrere Interaktionszonen. Die Erfahrung mehrerer Interaktionszonen bildet die Grundlage für die Differenzierung des eigenen Körpers von anderen. Das Daumenlutschen nimmt dabei insofern eine Zentralstellung ein, als es eine gewisse Unabhängigkeit von der Mutter und somit ein rudimentäres Gefühl für eigene Möglichkeiten zur Befriedigung verschafft. Spannungslösung ist nun bis zu einem gewissen Grade nicht mehr abhängig vom Erscheinen der guten Mutter; das Kind kann im Daumenlutschen eine in ihm selbst gelegene Quelle zur Spannungsminderung entdecken und so ein bestimmtes Maß an Autonomie finden. Dies ist der Beginn eines Begriffs für das eigene Ich ("me"), das im Laufe der Selbstentwicklung differenziert wird in: "Gutes-Ich" ("Good-me"), "Böses-Ich" ("Bad-me") und "Nicht-Ich" ("Not-me"). Diese drei sind die anfänglichen kindlichen "Personifikationen" seiner selbst. Ihr gemeinsamer Bezugspunkt ist der Begriff vom eigenen Körper; zeitlich ist dieser Entwicklungsstand anzusiedeln in der "mid-infancy", also um den 9. - 10. Lebensmonat. Es wird klar, daß im Kind nunmehr zwei Dynamismen erwachsen sind, die auch für die Psychiatrie Bedeutung erlangen: der eine Dynamismus umfaßt interpersonale Spannungen, aus denen

das Selbst-System sich herleitet; diese Spannungen überschreiten einzelne Interaktionszonen und sind ausgerichtet auf die Aufrechterhaltung interpersonaler Sicherheit. Der andere betrifft je einzelne Interaktionszonen und die Befriedigung, welche sie mit ihrer Einbeziehung des interpersonalen Feldes verschaffen; ein Beispiel ist der orale Dynamismus, wie er oben dargestellt worden ist. Später gehört dazu die "Lust" ("lust"), mit der Sullivan ganz spezifisch Spannungen bezeichnet, die sich auf die Genitalien beziehen.

Das "Gute-Ich" entsteht aus Belohnungen von seiten der Mutter. Es ist "die beginnende Personifikation, die solche Erfahrung organisiert, in welcher die Befriedigungen gesteigert worden sind durch Belohnung in Form von Zärtlichkeitszunahme; der Säugling erlebt sie, weil die Mutter über den Gang der Dinge erfreut ist; ..." ⁶⁾ Da die Mutter mit dem kindlichen Verhalten einverstanden ist, kann sie sich frei und zärtlich benehmen. Wenn in der Umgangssprache "Ich" gebraucht wird, so ist die endgültige Entwicklung des "Guten-Ich" gemeint.

"Das Böse-Ich" hingegen "ist die beginnende Personifikation, die solche Erfahrung organisiert, in welcher zunehmende Grade von Angst verbunden sind mit einem Verhalten, das die Mutter in ihrem mehr oder weniger klar begriffenen inter-personalen Bezug ("setting") miteinschließt." ⁷⁾ Das "Böse-Ich" entsteht im Zusammentreffen bestimmten kindlichen Verhaltens mit abweisenden Gebärden der Mutter. Die Mutter wünscht, daß ihr Kind sich gesund entwickelt. Dazu gehören eine gesunde körperliche Entwicklung und das Einleben in kulturell normierte Gegebenheiten. Folglich bemüht sich die Mutter, ihr Kind vor körperschädigenden Einflüssen zu schützen und zu einem Verhalten zu erziehen, das ihm eine angemessene Integration in die Gesellschaft ermöglicht: die Mutter trägt für ihr Kind soziale Verantwortung. Wenn nun das kindliche Verhalten diesen Zielen entgegen zu stehen scheint, kann die Mutter durch abweisende Gebärden im Kind

Angst induzieren. Die mütterliche Sorge kann dabei sowohl rational als auch irrational begründet sein; ein Beispiel für irrationale Gründe ist die Auffassung, Daumenlutschen sei schädlich und folglich zu verbieten. Das Kind lernt auf diese Weise unterschiedliche Grade von Angst kennen, je nachdem, ob seine Handlungen der Mutter gefallen oder ihre mitgeteilte Mißbilligung finden. Es vermeidet diejenigen Handlungen, welche abweisende Gebärden provozieren, um sich nicht anwachsender Angst auszusetzen. Das "Böse-Ich" basiert auf dem Lernen durch einen Angstgradienten, und es dient dazu, die interpersonale Angst gering zu halten. Wenn das Kind Handlungen in Verbindung mit dem "Bösen-Ich" dennoch ausführt, greift es zu einem Selbsttäuschungsmanöver: es stellt sich so, als ob die "bösen" Handlungen nicht vorhanden wären. Es benutzt zu diesem Zweck den Mechanismus der "auswählenden Unaufmerksamkeit" ("selective inattention"): die Angst erzeugende Realität wird mittels einer Selbsttäuschung entschärft, sie wird nicht bewußt wahrgenommen; hinter dieser Aussparung verbirgt sich jedoch das Wissen um die reale Situation, welche Angst erzeugt. Die Angst provozierende Situation wird zwar wahrgenommen, jedoch nicht in deutliche Begriffe von Ursache und Wirkung gefaßt. Die bewußt erfaßte Wirklichkeit wird gegenüber der ursprünglichen Erfahrung eingeschränkt. Damit wird gleichzeitig ein sinnvoller, realitätsbezogener Umgang mit den Ursachen der Angst verhindert.

"Gutes-Ich" und "Böses-Ich" entstammen also interpersonalen Situationen, die vom Kind in Hinsicht auf Ursache und Wirkung mehr oder weniger deutlich erkannt werden. Beide sind eine Art von Realitätsverarbeitung - auch "selective inattention" setzt die, wenn auch unbewußte, Identifikation der zugrunde liegenden Erfahrung voraus.

Anders hingegen verhält es sich mit dem "Nicht-Ich". Sein Bezug zu kommunizierbarer Erfahrung und Wirklichkeit ist sehr gering. Das "Nicht-Ich" ist die beginnende Personifikation von Erfahrungen, die mit heftigen abweisenden Gebärden auf seiten der Mutter und nachfolgender schwerer Angst auf seiten des Kindes verbunden sind. Derartige Erfahrungen kann das Kind z.B. dann machen, wenn es seine Hände in Kontakt mit dem Anus, den Fäzes oder den äußeren Genitalien bringt. Die Mutter kann auf solche Handlungen mit derart intensiver Angstinduktion reagieren, daß das Kind seine Tätigkeit sofort unterbricht, ohne den Grund dafür zu erfassen. Im Unterschied zur "selective inattention" fehlt auch eine unbewußte Erfassung des Geschehens. Vielmehr rücken solche Handlungen in den Bereich eines "unheimlichen Tabus" ("uncanny taboo") und behalten somit einen primitiven, ungestalteten Charakter. Sie werden organisiert in ungewöhnlich einfachen Zeichen von parataxischer Erfahrung; sie vermitteln ursprünglich den undifferenzierten Eindruck von schrecklichen Aspekten des Lebens; später werden sie dann differenziert in Ereignisse, welche von Ekel, Schrecken, Widerwille oder Abscheu begleitet werden. Die sie begleitende schwere Angst verhindert jegliche sinnvolle Realitätserfassung und -verarbeitung; so verbleiben sie zeitlebens als undifferenzierte parataxische Symbole, die aus dem Bewußtsein ausgegliedert sind. Die Inhalte des "Nicht-Ich" tauchen bei Gesunden auf in Alpträumen und alltäglichen unbewußten Verleugnungen; zum beherrschen, wirklichkeitgebenden Substrat werden sie in schweren schizophrenen Episoden. Das "Nicht-Ich" befindet sich praktisch jenseits einer Ausdrucksmöglichkeit in kommunizierbaren Termini, wie dies eben die schizophrenen Schübe genügend deutlich machen. Das Tabu wird in der empathischen Bindung mit der Mutter gesetzt; damit befindet es sich zeitlich vor einer möglichen mentalen Erfassung - es verbleibt dann auch außerhalb desjenigen Erfahrungsbereichs, der vom Kind konzeptualisiert werden kann. Die interpersonale Situation mit der Mutter ist gestört, und so wird auch, wenn möglich, dieser Persönlichkeitsanteil aus der Selbstreprä-

sentanz herausgehalten: Nur "Gutes-Ich" und in Einschränkungen das "Böse-Ich" bilden das bewußte "Ich" der Alltagssprache. Dabei bildet das "Gute-Ich" den Hauptinhalt, aber das Wissen um die Existenz des "Bösen-Ich" geht mit ein. Anders verhält es sich mit dem "Nicht-Ich". Das "Nicht-Ich" ist aus der Wahrnehmung abgespalten ("dissoziiert"): es bildet sich nicht allmählich an einem Angstgradienten, wie es beim "Bösen-Ich" der Fall ist: vielmehr entsteht es durch unmittelbare massive Angstinduktion. Es kann somit nicht in das Bewußtsein dringen, andernfalls schwerste Angst erlebt würde. "Nicht-Ich"-Anteile kommen allerdings im späteren Leben in Träumen, Phantasien und unbeobachtetem alltäglichem Verhalten zum Ausdruck. Infolge ihrer Abspaltung dringen sie aber nicht ins Wachbewußtsein.

An dieser Stelle sei auf eine Besonderheit des Sullivan-schen Konzepts verwiesen: Sullivan setzt Sprache und bewußte Lebenserfahrung in eins. Unbewußte Erfahrungen verbleiben auch außerhalb der Sprache. Er beschreibt damit den gleichen Sachverhalt wie nach ihm Alfred Lorenzer. (Die Beziehungen zwischen den Arbeiten Sullivans und Lorenzers werden später erörtert.)

Neben dieser Kongruenz mit einem modernen Autor findet sich eine Analogie zu Freud: die Mechanismen der "auswählenden Unaufmerksamkeit" und "Spaltung" ("dissociation") sind Analoga zu Freuds Begriff der "Verdrängung". Dabei entspricht "auswählende Unaufmerksamkeit" der Verdrängung ins Vorbewußte, "Spaltung" der Verdrängung ins Unbewußte⁸⁾.

Das Selbst-System entsteht anfangs als Organisation der Erfahrung mit der bösen Mutter und deren abweisenden Gebärden; da es wiederholten, spezifischen interpersonellen Erfahrungen erwächst, wird es im Laufe der kindlichen Entwicklung zu einem bestimmten Verhaltensmuster der jeweiligen Person. Es ist also per definitionem ein Dynamismus, der in allen fol-

genden interpersonalen Situationen Bedeutung erlangt. Dabei ist die Tatsache entscheidend, daß die Personifikationen des Selbst-Systems keine adäquaten Beschreibungen dessen sind, was personifiziert wird; als Beispiel sei nochmals die objektiv einheitliche Mutter aufgeführt, welche vom Kind jedoch in der Verarbeitung seiner Erlebnisse mit ihr je verschieden wahrgenommen wird. Das Kind beginnt diese Dichotomie erst im letzten Abschnitt der "Infancy" aufzugeben. Die Fusion der beiden mütterlichen Personifikationen in eine ganzheitliche ist dann abgeschlossen innerhalb von eineinhalb Jahren nach dem Ende der Infancy. Das Ende der Säuglingszeit ist geprägt vom wachsenden Einfluß der Kultur auf das Kind.

Normalerweise ist die Mutter die Vermittlerin kultureller bzw. gesellschaftlicher Normen; die Erfahrungen mit der Mutter, die das Selbst-System kreieren, sind somit in weiterem Sinne Erfahrungen mit der Gesellschaft. Eine Vielzahl von möglichen Konflikten findet sich nun im irrationalen Charakter der Gesellschaft selbst. In ihr herrschen die widersprüchlichsten Tendenzen und Anforderungen vor, mit denen das Kind lernen soll zurecht zu kommen. Vor allem in der nächstfolgenden Entwicklungsphase: der Kindheit, "Childhood", lernt das Kind Verhaltensweisen, die dieser Irrationalität begegnen sollen. Das Kind erwirbt in dieser Zeit die Fähigkeit, unerwünschte Handlungstendenzen zu verbergen und Autoritäten, wie die Eltern, zu täuschen.

Das Kind lernt dies primär in der Auseinandersetzung mit den Eltern - der Einfluß des Vaters wächst im Stadium der Kindheit -, denn die Eltern selbst sind an die gesellschaftliche Irrationalität gebunden. Die Familie nimmt als elementare gesellschaftliche Größe teil an der gesamtgesellschaftlichen Widersprüchlichkeit; insofern hat sie selbst Doppelcharakter: zum einen übermittelt sie im Erziehungsprozeß die in der Gesellschaft vorherrschenden Widersprüche; zum andern können familienspezifische Verhaltensmuster und das an ihnen sich bildende Selbst-System in Widerspruch geraten zu gesell-

schaftlichen Anforderungen. Das ursprünglich der Angstvermeidung dienende Selbst-System kann im Laufe der weiteren Entwicklung zu einem wesentlichen Konflikthanlaß werden, wenn das in der Familie gelernte Verhalten abweicht vom kulturell erwünschten Verhalten. Dies umso mehr, als das Selbst-System im Erwachsenenalter von rigoroser Stabilität ist. Für die Psychiatrie hat dieser Sachverhalt wichtige Konsequenzen: was im therapeutischen Prozeß als Widerstand imponiert, ist die Trägheit des Selbst-Systems; wenn nämlich das Selbst-System in weiten Bereichen variabel wäre, würde immer wieder in interpersonalen Situationen die ursprüngliche Angst durchbrechen, welche vom Selbst-System gebunden wird. Insofern evoziert jeder psychotherapeutische Eingriff, der eo ipso einen Eingriff in das Selbst-System bedeutet, Angst; mit dieser muß der Therapeut umgehen können.

Das Selbst-System steht also Änderungen, welche für die Person günstig sind, als massives Hindernis entgegen. Andererseits steht es in ebenso umfassender Weise Änderungen entgegen, welche ungünstig sind. Der letzte ist der "necessary aspect", der erste der "unfortunate aspect" des Selbst-Systems.

Aus dem oben angesprochenen Verhältnis von Familie und Selbst-System ergibt sich, daß eine wissenschaftliche Psychiatrie das Feld der Familie als grundlegendes Konfliktfeld in ihre Theorie und Praxis einbeziehen muß. Der Blick auf den psychisch Kranken allein reicht zu kurz.

Frühe Kindheit ("Childhood")

Gegen Ende des ersten Lebensjahres, im Übergang zur Childhood, setzt ein verstärktes Bemühen der Eltern, prinzipiell der Mutter, ein, das Kind an die vorherrschenden gesellschaftlichen Normen und Werte gut anzupassen. Innerhalb des Sozialisationsprozesses sind Frequenz, Konsistenz und "Gesundheit" ("sanity") elterlicher Erziehung von Bedeutung: nur die durchgängige Wiederholung bestimmter Ereignisse befähigt das Kind zum Erlernen komplexer Verhaltensmuster. Dabei müssen die elterlichen Bemühungen im Einklang mit dem Entwicklungsgrad des Kindes stehen, andernfalls erlebt das Kind ungesunde Sozialisationseinflüsse. Ein Beispiel für ungesunde Sozialisation ist die weitverbreitete elterliche Vorstellung, schon ein zwölf Monate altes Baby habe einen festen Willen. Häufige Folge dieser Vorstellung sind alle "Arten seltsamer, wenn nicht subpsychotischer, Versuche, den eigensinnigen Säugling zu leiten, zu befehlen, zu zähmen, zu bändigen usw."⁹⁾.

Ein anderes Beispiel findet sich im Verhalten einer Mutter, die die Reifung ihres Kindes bedauert und Erfahrung, Belohnung und Angst zu dem Zweck gebraucht, daß ihr Kind ein Säugling bleibt. Oder es gibt die Idee, ein Kind müsse mit fünfzehn Monaten bereits sauber sein. Ein solches Ziel kann nur mit Hilfe entsetzlicher Angstbarrieren durchgesetzt werden. Sie stören die Entwicklung eines eigenen Körpergefühls und der auf ihm aufbauenden Ichentwicklung; ebenso verhält es sich mit der "primitiven Genitalphobie" ("primitive genital phobia"). Wenn die Eltern ihrem Kind das Spiel mit seinen Genitalien mit Hilfe unterschiedlicher Maßnahmen unmöglich machen, verhindern sie ein Gelingen der Integration genitaler Sentience in die kindliche Erfahrung. Es entsteht ein Loch in der Gesamtvorstellung "mein Körper"; ein gesundes und reifes Sexualleben wird auf diese Weise unmöglich. Alle angeführten, "ungesunden" Verhaltensweisen ent-

stammen Erwartungen, die die Eltern dem Kind gegenüber hegen. Die Erwartungen sind Teil der elterlichen Vorstellung von ihrem Kind. In manchen Familien und von mancher Mutter werden sogar der kindliche Gesichtsausdruck und die Art, wie ihr Kind Freude oder Mißfallen äußert, in Erwartungen umgesetzt: indem sie meinen, ihr Kind "komme auf" diesen oder jenen Verwandten, erwarten sie eine kindliche Entwicklung in Richtung dieses oder jenes Verwandten. So kann es sein, daß eingebildete Ähnlichkeiten in Gestalt oder Verhaltensrudimenten mit anderen von der Mutter viel mehr betont werden, als sie tatsächlich der Wirklichkeit entsprechen. Eine mögliche Konsequenz daraus ist, daß die Mutter dem Kind diejenigen Einstellungen und Bewertungen entgegenbringt, mit denen sie den Verwandten begegnet, denen ihr Kind vermeintlich ähnelt. Abweisende Emotionen, die eigentlich anderen gelten, können so auf das Kind übertragen werden. Ein Beispiel für diesen Vorgang findet sich in der Frau, die in Ablehnung ihrem Mann gegenüber lebt und diese Ablehnung auf ihr Kind überträgt aufgrund vermeintlicher Ähnlichkeit zwischen beiden.

In der Übergangsphase von Infancy zu Childhood läßt sich erstmals das Phänomen des "aufgeschobenen Verhaltens" ("delayed behavior") beobachten. Aufgeschobenes Verhalten verweist auf eine hierarchische Organisation der Bedürfnisspannungen: so kann z.B. Hunger eine aktuelle Beschäftigung unterbrechen; nachdem das Kind seinen Hunger gestillt hat, kann es die frühere Beschäftigung wieder aufnehmen. Es läßt sich daraus schließen, daß die unterbrochene Motivation trotz ihrer fehlenden Beobachtbarkeit während der Nahrungsaufnahme wirksam geblieben ist. Das aufgeschobene Verhalten findet statt in einer interpersonalen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Über interpersonale Beziehungen läßt sich

allgemein sagen: in ihnen gibt es "offenbare" ("overt") und "unsichtbare" ("covert") Prozesse. Die unsichtbaren Prozesse können dabei erklärt werden als die "Fortsetzung von Symboloperationen hinter einer Leinwand"¹⁰⁾. Es verhält sich so, "als ob einige Zeichenprozesse während der Periode weiterverlaufen sind, in der ein bestimmtes Verhalten bei der Befriedigung eines zwischenzeitlichen Bedürfnisses voranschritt; die ganze Sache hat sich dann unsichtbar weiterentwickelt."¹¹⁾ Symbole und Zeichen verweisen auf die zugrunde liegenden interpersonalen Beziehungen: unsichtbare Prozesse binden die Angst, die in der Erfahrung mit bestimmten interpersonalen Beziehungen aufgetreten ist. Deren Sichtbarkeit würde die Angst erneut manifest werden lassen.

An dieser Stelle sei ein Vergleich zwischen Sullivan und Freud eingeflochten. Es ist evident, daß Sullivan mit seiner Unterscheidung von offenbaren und verdeckten, unsichtbaren Prozessen Freuds Unterscheidung unbewußter von bewußten Vorstellungen umformuliert. Damit wird zunächst einmal der Gehalt der Freudschen Begriffe nicht bestritten, sondern dieser Gehalt wird in seiner Begrifflichkeit dem veränderten Forschungsgegenstand angepaßt. Der Forschungsgegenstand Freuds ist das subjektive Bewußtsein, der Forschungsgegenstand Sullivans sind die zwischenmenschlichen Beziehungen. Für beide Bereiche gelten verschiedene Begriffe, deren Gehalt sich jedoch gegenseitig deckt. In Sullivans oben zitierter Darstellung finden sich die gleichen Charakteristika, die Freud für die unbewußte Vorstellung angegeben hat: sie bleibt unbemerkt, aber ihre Existenz kann "trotzdem aufgrund anderweitiger Anzeichen und Beweise"¹²⁾ zugegeben werden und sie ist dynamisch wirksam¹³⁾. Nichts anderes als unsichtbare, aber dynamische Wirksamkeit meint Sullivans Terminus der fortgesetzten Symboloperation hinter einer Leinwand. Erst bei der dritten Verwendung des Wortes "unbewußt", wie Freud sie als die systemische angegeben hat¹⁴⁾,

unterscheiden sich die Begriffe Sullivans auch dem Gehalt nach von denjenigen Freuds. Die Vermeidung von Verdinglichungen und die Beschränkung auf die beobachtbaren Fakten sind, wie zu Beginn der vorliegenden Arbeit beschrieben¹⁵⁾, die methodischen Grundpfeiler der interpersonalen Psychiatrie. Freuds Ausdehnung seiner Beobachtungen, die ihn zur Konzeption der Systeme Ubw, Vbw und Bw führte, ist genau die Verdinglichung, die Sullivan vermeiden will. Aus diesem Grund kommt der Verwendung der Begriffe "overt" und "covert" bei Sullivan neben dem Verweis auf den anderen Forschungsgegenstand ein weiterer Sinn zu: beide Begriffe verweisen auf die verwendete operationalistische Methode. Die Methode ist die teilnehmende Beobachtung interpersonaler Prozesse, und deren Ergebnis: der wissenschaftliche Begriff bleibt streng im Rahmen dieser Methode, d.h. der Beschreibung des Beobachtbaren. Auf diese Weise sichert Sullivan seine Psychiatrie vor der Gefahr, in unwissenschaftliche Spekulation zu verfallen.

Nach diesem kurzen Exkurs soll der Gang der kindlichen Entwicklung im Lichte interpersonaler Psychiatrie weiter dargestellt werden: Gegen Ende des ersten Lebensjahres sind offenes Verhalten und kommunikatives Verhalten weitgehend identisch. Das Kind lernt jetzt die beiden Hauptbestandteile kommunikativen Verhaltens: Gestik und Sprache. Sullivan stellt die expressive Gestik der denotativen Sprache gegenüber: zur Gestik gehören Gesichtsausdruck, Körperpantomime, ebenso Melodie, Rhythmus und Betonung der Sprache. Inhalt der Sprache sind die Wortbedeutungen. Der Begriff Kommunikation umfaßte beide. Kommunikation besteht schon vor der exakten Artikulation von Sprache: der Säugling teilt sich durch die Melodie und das Tonmuster seiner Laute mit. Er ahmt dabei mittels Versuch und Irrtum die Sprachgestik seiner Umgebung nach. Der mütterlichen Sprache entnimmt der Säugling als erstes Element die Abfolge von Klängen und

Schweigen, d.h. das rhythmische Klangmuster. An dieser Stelle wird deutlich, daß Schweigen ebenso Bestandteil von Kommunikation ist wie artikulierte Sprache. Dieses Erkenntnis wird später wichtig bei der Beurteilung des katatonen Mutismus¹⁶⁾.

Aus der Vielzahl der gelallten Silben hört die Mutter einige heraus, die sie für den Bestandteil einer "Babysprache" hält. Derartige Laute, wie z.B. "Mama, Papa", erfahren eine zärtliche Antwort von Seiten der Mutter und werden deshalb vom Kind wiederholt. Andere Laute, die die Mutter für nicht sprachgerecht hält, stoßen auf Indifferenz; indem die Mutter auf sie nicht reagiert, äußert das Kind sie nicht mehr ("teaching by indifference"). Zu diesem Zeitpunkt entwickelt das Kind eine "autistische" Sprache: seine Lautmalereien gewinnen ihren Inhalt erst durch die Bedeutung, welche die Mutter ihnen gibt. Z.B. kann das Kind rein zufällig "ha" lallen, wenn die Mutter die Milchflasche bringt. Diese Situation kann sich wiederholen und der Mutter auf diese Weise den Eindruck vermitteln, der Laut "ha" bezöge sich auf Nahrung. Die Mutter verbindet beide in ihrer Vorstellung miteinander, und erst jetzt gewinnt der Laut "ha" auch für das Kind einen Bezug zu Nahrung. Andere Personen verstehen diese Sprache nicht, denn in ihrer ausschließlichen Ausrichtung auf die Mutter bleibt eine solche Sprache für die übrige Umwelt unkommunikativ. Sie ist aber nicht privat, denn sie entwickelt sich aus einer zwischenmenschlichen Beziehung heraus. Aus diesem Grund hält Sullivan den Begriff "autistisch" für angemessener zur Bezeichnung der gemeinten Sprachform: mit "autistisch" kennzeichnet er eine noch unsozialisierte und unreife Symbolaktivität des Kindes. Autistische Sprache kennt nur Substantive, die in parataxischer Weise unverbunden nebeneinander verwendet werden. Eine Änderung setzt im Alter von ungefähr zwölf bis achtzehn Monaten ein: indem die Mutter versucht, ihrem Kind den Gebrauch von Sprache nahezubringen, beginnen die in der Kultur

allgemein gültigen Wortinhalte und begriffliche Organisation kindlicher Erfahrung übereinzustimmen; Sprache besteht jetzt schon aus Substantiven und Verben; insgesamt wird Sprache kommunikativer, und es beginnt Erfahrung in syntaxischer Weise: deren Charakteristikum ist der Gebrauch syntaxischer Symbole. Syntaxische Symbole sind Wörter, deren Bedeutung und Inhalt allgemeine Gültigkeit besitzen ("words that have been consensually validated")¹⁷⁾. Auch syntaxische Erfahrung gründet in der Mutter-Kind-Beziehung; wenn die von Mutter und Kind gemeinsam verwendeten Wörter für beide Gleiches bedeuten, ist eine Voraussetzung für Consensual Validation erreicht. Das Verständnis des Wortinhalts bei der Mutter deckt sich mit dem Verständnis des Wortinhalts beim Kind im Sinne der allgemeinen Bedeutung. An diesem Punkt der Entwicklung liegt eine beträchtliche Störungsquelle für alle weitere zwischenmenschliche Kommunikation: Wörter tragen keine naturgegebene Eigenbedeutung, sondern rufen als Symbole Bedeutung nur hervor; Kommunikation kann dann schwierig werden, wenn ein bestimmtes Wort im Zuhörer eine andere Bedeutung hervorruft, als sie vom Sprecher gemeint war. Die formale Ausprägung des Symbols ist in diesem Fall für beide gleich, aber die Inhalte unterscheiden sich.

Es sei hier darauf verwiesen, daß Sullivan mit seinem Konzept der gestörten Consensual Validation dieselbe Sprachzerstörung beschreibt, die Freud bereits mit seiner Unterscheidung von Wortvorstellung und Sachvorstellung benannt hat¹⁸⁾. Sullivans eigenständige Leistung besteht in der Einordnung dieser Unterscheidung in das Konzept einer dynamischen Entwicklungspsychologie; das pathologische Auseinanderfallen von Wort- und Sachbedeutung wird an seinem Entstehungsort aufgespürt und somit besser verständlich.

Kehren wir zurück zur Charakteristik kindlicher Sprache im zweiten bis dritten Lebensjahr: ein beträchtlicher Teil kindlicher Sprache bleibt parataxisch und autistisch. Im Verlauf der Entwicklung syntaxischer Sprache aber werden die parataxischen Symbole allmählich verdeckt. Dies geschieht analog dem Mechanismus des aufgeschobenen Verhaltens¹⁹⁾; die parataxischen, autistischen Symbole bleiben hinter der Leinwand syntaxischer Symbole lebendig. Sie drücken sich in wortlosen Träumereien aus. Inhalt derartiger Träumereien, welche im zweiten Lebensjahr aufkommen, sind autistische parataxische Bilder. Wenn das Kind im Alter von drei bis vier Jahren syntaxische Sprache erlernt hat, so können in die ursprünglich wortlosen Träumereien einige Worte eingehen; sie dienen aber nur der Dekoration, Konzentration oder Erhellung von nonverbalen Beziehungsprozessen, die nichts anderes sind als parataxisch organisierte Erfahrung.

Nochmals sei der Blick gewendet auf das Verhältnis Sullivan/Freud. Es ist offenbar, daß Sullivan mit seiner Unterscheidung von parataxischer und syntaxischer Sprache die Begriffe "Primärvorgang" und "Sekundärvorgang" in Hinsicht auf deren Genese neu formuliert. Für parataxische Träumereien gelten z.B. die gleichen Merkmale wie für den "Primärvorgang": es existieren keine grammatikalischen Beschränkungen, keine geformten Sätze usw. Auch der Zusammenhang von Worten und Bildern im Traum wird von Freud gleich gesehen, wenn er bei der Unterscheidung von Traumarbeit und Schizophrenie schreibt: "Bei letzterer (d.i.: der Schizophrenie) werden die Worte selbst, in denen der vorbewußte Gedanke ausgedrückt war, Gegenstand der Bearbeitung durch den Primärvorgang; im Traume sind es nicht die Worte, sondern die Sachvorstellungen, auf welche die Worte zurückgeführt werden. Der Traum kennt eine topische Regression, die Schizophrenie nicht."²⁰⁾ Sullivans Formulierungen bilden dennoch nicht eine schlichte Paraphrase Freudscher Be-

griffe; sie gewinnen eine neue Qualität dadurch, daß sie die Einheit biologischer Abläufe mit dem sozialen Feld betonen: Sullivan zeigt, wie aus der biologisch bedingten, bloßen Zufallsäußerung die soziale Funktion Sprache entwickelt wird. Während Freud Primär- und Sekundärvorgang hypothetischen biologischen Strukturen wie Es und Ich zuordnet, betreibt Sullivan empirische Sozialforschung.

Nach diesem kurzen Exkurs seien die Konsequenzen der Sprachentwicklung für die allgemeine Entwicklung des Kindes dargestellt, wie Sullivan sie beschreibt. Die Sprachentwicklung treibt die Entwicklung des Kindes voran: die Kultursprache kennt nur eine reale, physisch einheitliche Mutter, und so werden die parataxischen Symbole "Gute Mutter" und "Böse Mutter" in eine einzige Personifikation zusammengefügt. Im Einklang damit entwickelt sich das Selbst-System des Kindes weiter. Das Kind lernt unterschiedliche Möglichkeiten zur Angstvermeidung, wie z.B. "Sublimierung" und die "Desintegration von Verhaltensmustern" ("disintegration of behavior patterns"). Diese Mechanismen sind Folge der allgemeinen Tendenz des Selbst-Systems, Erfahrungen zu meiden oder einfach nicht wahrzunehmen, die angstbesetzt sind. Das ist Sullivans "theorem of escape".

Sullivans Sublimierungsbegriff unterscheidet sich vom gleichnamigen Freuds durch den Fortfall des sexuellen Gehalts: der inkriminierte Impuls verfällt nicht einer sexuellen, sondern einer sozialen Zensur. In seinem Kompromißcharakter jedoch bleibt Sullivans Sublimierungsbegriff Bestandteil dynamischen Denkens. Sullivan definiert Sublimierung als "unbewußten Ersatz eines Verhaltensmusters, das auf Angst trifft oder mit dem Selbst-System kollidiert, durch ein sozial mehr akzeptiertes Handlungsmuster, das einen Teil des Motivationssystems zufrieden stellt, welches die Schwierigkeit hervorgerufen hat."²¹⁾

Nicht alle verbotenen Impulse können auf diese Weise sublimiert werden; einige von ihnen werden in Phantasien und Träumen umgesetzt. Sublimierung ist die Antwort auf eine weniger heftige Angst, welche die Realitätserfassung in den zeitlichen Dimensionen Erinnerung und Vorausschau nicht sehr beeinträchtigt. Anders verhält es sich, wenn im Kind solch lähmende Angst induziert wird, daß diese beiden Kategorien von Realität paralysiert werden. In diesem Falle setzen in der frühen Kindheit Mechanismen ein, die Sullivan unter den Begriff Desintegration von Verhaltensmustern faßt. Sie haben enge Verwandtschaft zur "Nicht-Ich"-Personifikation der Säuglingszeit: auch bei ihnen handelt es sich um Spaltungsprozesse, jedoch mit dem Unterschied, daß "dissociation" eine Abspaltung in der mentalen Repräsentanz bezeichnet, während "disintegration" eine Abspaltung im offensichtlichen und verdeckten Verhalten meint. Das zugrunde liegende Motivationssystem erhält hier keine partielle Befriedigung mehr in Form von Kompromißbildung. Entweder wird die alte Verhaltensweise zweckentsprechend verändert, oder es entstehen völlig neue Verhaltensweisen, oder frühere Verhaltensweisen werden wiederbelebt ("regression"). Auf jeden Fall verbleibt das angstbesetzte Verhaltensmuster in der Abspaltung und entgeht so einem modifizierenden Lernprozeß.

Der häufigere Einsatz von Angst in der weiteren Erziehung entspringt der sozialen Verantwortung der Mutter für ihr Kind. In der Säuglingszeit kümmerte sich die Mutter nur um die biologischen Bedürfnisse des Säuglings. Zwischen Mutter und Kind herrschte Zärtlichkeit und gegenseitige Bedürfnisbefriedigung. Durch das häufigere Aufkommen von Angst im Dienste sozialer Anpassung verändert sich die weitgehende Homogenität dieser frühen Beziehung. Nun sind unterschiedliche Beziehungsqualitäten möglich. So beginnen von früher Kindheit an Prozesse, welche Sullivan unter dem "Theorem der wechselseitigen Emotionen" ("theorem of reciprocal emotion") erfaßt. Von jetzt an gilt für alle weiteren zwi-

schenmenschlichen Beziehungen: "Integration in einer zwischenmenschlichen Situation ist ein wechselseitiger Prozeß, in dem

- 1) sich ergänzende Bedürfnisse gelöst werden oder anwachsen;
- 2) wechselseitige Aktivitätsmuster entwickelt oder desintegriert werden und
- 3) Voraussicht von Befriedigung oder Abweisung ähnlicher Bedürfnisse erleichtert ist."²²⁾

Dabei stehen die Symbole im Vordergrund: z.B. wird nicht die konkrete Befriedigung der Bedürfnisse antizipiert, sondern die verbotenden Gesten und die Angst, welche die unmittelbare Umsetzung der Bedürfnisse begleiten würden. Auf diese Weise entwickeln sich Selbst-System und Selbstgefühl weiter: die sozialen Verbote weiten den Anteil des "Bösen-Ich" im personifizierten Selbst aus und begründen Gefühle wie Ekel und Scham. Aus den Einzelelementen "Gutes-Ich", "Böses-Ich" und "Nicht-Ich" wächst die Gesamtheit des personifizierten Selbst zusammen. Hier nimmt Sprache wieder eine entscheidende Rolle ein: wenn nämlich die Worte mehr Wirklichkeit aufweisen als das Verhalten selbst, wird diese Vereinigung verzögert. So können bestimmte "Vokalprozesse", welche das Kind eigentlich gar nicht begreift, eine versöhnende und angstvermeidende Wirkung erzielen. Sullivan gibt als Beispiel eine typische elterliche Aufforderung: "Willi, ich sagte dir, daß du das nicht tun solltest. Jetzt sage, daß es dir leid tut."²³⁾ Willi kann den Inhalt der Versöhnungsgeste zwar nicht begreifen, aber er lernt, daß er mit Hilfe von Worten Angst vermeiden kann. Durch das Aussprechen der Versöhnungsgeste braucht die inkriminierte Verhaltensweise nicht in das "Böse-Ich" hineingenommen zu werden. Dies hat auch Folgen für das eigene Körperschema, denn auf diese Weise werden Sätze möglich wie: "Ich tat das nicht, es war meine Hand". Die Entwicklung eines homogenen Selbst- und Körpergefühls ist damit behindert.

Das Kind bemüht sich um die Aufrechterhaltung eines ausschließlich "Guten-Ich", denn so bleibt es frei von Angst. Es befindet sich in dem Widerstreit zwischen Gehorsam und der Durchsetzung eigener Wünsche gegenüber den Eltern. Im Gehorsam bleibt es angstfrei und personifiziert sich als "Gutes-Ich"; im Ungehorsam erfährt es Angst und personifiziert sich als "Böses-Ich". Neben der Induktion von Angst greifen die Eltern - zunehmend auch der Vater - zu einer weiteren Maßnahme gegenüber kindlichem Ungehorsam: durch das Hinzufügen von körperlichem Schmerz flößen sie dem Kind Furcht ein.*

Oftmals stellen die Eltern auch die unterschiedlichsten und widersprüchlichsten Anforderungen an ihr Kind. Die elterliche Widersprüchlichkeit drückt dabei die Irrationalität der Kultur aus. In dieser schwierigen Situation entwickelt das Kind verschiedene Verhaltensweisen zur Angstvermeidung: es lernt, erfahrungsgemäß Angst erzeugendes Verhalten vor den Eltern zu verbergen und die Eltern zu täuschen. Um einer Bestrafung zu entgehen, verbirgt es seine aktuellen Gefühle vor den Eltern. Gelingt ihm die Verheimlichung, bleibt es "Gutes-Ich". Je nach familiärer Struktur können weitere Maßnahmen gegen elterlich induzierte Angst bzw. Bestrafung entstehen. Zu ihnen gehören Verbalismen (siehe oben: Versöhnungsgeste) und "Als-ob-Manöver" ("as if performances"). Als-ob-Manöver sind zum Teil notwendiger Bestand jeder Reifung: das Kind spielt in seinem Verhalten und seiner Sprache, als ob es Vater oder Mutter wäre. In der Identifikation mit ihnen vermeidet es Angst und Bestrafung. Die kindlichen

* Während der Darstellung dieses Lebensabschnitts verwendet Sullivan den Terminus "anale Phase", den die klassische psychoanalytische Terminologie für die beschriebenen Verhaltensweisen gebraucht, weder positiv noch negativ. Ein Grund für die fehlende Erwähnung mag die Tatsache sein, daß Sullivan interaktionale Zusammenhänge, nicht Impulse zur Grundlage seiner Begriffsbildung macht.²⁴⁾ Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß er einen Bezug der analen Interaktionszone zur Entwicklung der beschriebenen Verhaltensweisen ableiten würde. Dies um so mehr, als er selbst auf die frühe Beziehung der Schmerzerfahrung zur analen Interaktionszone hingewiesen hat²⁵⁾.

Dramatisierungen können zu Subpersonifikationen werden: die im imitierenden Spiel eingenommenen Rollen werden zu "Personae" organisiert; hier liegt eine Störungsquelle, wenn im späteren Leben die vielfältigen "Personae" alle gleichermaßen Anspruch darauf haben, "ich" zu heißen. In diesem Fall ist eine einheitliche Selbstpersonifikation nicht erreicht worden. Ein anderes Als-ob-Manöver ist "preoccupation": wenn dem Kind für ein bestimmtes Verhalten Strafe von seiten elterlicher Autorität droht, kann es darin fortfahren, sich ausschließlich mit früher interessanten und angstfreien Dingen zu beschäftigen. Es ist viel zu sehr anderweitig engagiert, als daß es neue, aber angstbringende Erfahrungen machen könnte. Dieser Entwicklungsstillstand ist oft Folge irrationaler und emotional unausgeglichener elterlicher Strenge; er ebnet den Weg für spätere Zwangskrankheiten.

Ungefähr im Alter von zweieinhalb Jahren entwickelt das Kind neue Affekte: elterliche Bestrafung in Form von Schmerzzufügung schränkt seine körperliche Bewegungsfreiheit ein. Der Säugling würde auf diese Induktion von Furcht mit Wutverhalten reagieren. Für das zweieinhalbjährige Kind verliert direkter Wutausdruck jedoch seinen Wert, da er nur die elterliche Überlegenheit umso mehr provozieren würde. Es wird somit nützlich, unmittelbares Wutverhalten zu modifizieren und nur dessen gefühlten Aspekt: Zorn ("anger") zuzulassen. In der Identifikation mit den Eltern läßt das Kind seinen Zorn dann an seinen Spielsachen aus. Von jetzt an gehören für das gesamte weitere Leben Bedrohtheitsgefühl und Zornausbruch zusammen, um Angst zu vermeiden.

Viele Kinder müssen die Erfahrung machen, daß Zorn ihre Situation weiter verschlechtert. In diesem Fall entwickeln sie geheimen Groll ("resentment"); wenn aus Angst vor weiterer Bestrafung sogar der Groll vor den Eltern verborgen werden muß, kommen "psychosomatische" (Sullivan hält diesen Begriff für barbarisch) Prozesse in Gang.

All diese Reaktionen auf elterliches Versagen bilden den Hintergrund für die "Umwandlung zur Böswilligkeit" ("malevolent transformation"). Wenn das kindliche Bedürfnis nach Zärtlichkeit immer wieder durch Angst, Furcht, körperliche sowie seelische Verletzung enttäuscht wird, kündigt das Bedürfnis nach Zärtlichkeit jedes Mal Angst oder Schmerz an. Dies vielleicht größte Unglück in der frühen Kindheit mündet in eine böswillige Lebenseinstellung: Erwachsene, die eine derartige frühe Kindheit erlebt haben, reagieren auf alle Freundlichkeit der Umwelt mit Mißtrauen und Ablehnung. Hier ist auch der Grund für spätere Isolation zu suchen: die grundlegende interpersonale Haltung läßt sich mit kindlichen Worten beschreiben: "Es gab einmal eine Zeit, in der alles herrlich war; das war aber, bevor ich mit Leuten zu tun hatte."²⁶⁾

Bei der Charakterisierung der Childhood hat Sullivan einen weiteren Begriff Freuds modifiziert: der beschriebene Vorgang der "malevolent transformation" ist von seiner strukturellen Dynamik her vergleichbar mit der "Reaktionsbildung des Ich". Der entscheidende Unterschied zwischen beiden besteht wiederum in der Beurteilung des sexuellen Inhalts und der Beschreibung sozialer bzw. biologisch-energetischer Vorgänge.

"Späte Kindheit" ("The Juvenile Era"), "Präadoleszenz"
("Preadolescence") und "Adoleszenz" ("Early, late
adolescence")

Diese weiteren Entwicklungsphasen sollen nachfolgend etwas kürzer als die beiden ersten dargestellt werden.

In der späten Kindheit reift das Bedürfnis nach Spielkameraden heran, die einem selbst in Alter und Status vergleichbar sind. Wenn keine realen Spielgefährten vorhanden sind, erschafft das Kind sich Phantasiegestalten. Kindliche Phantasie nimmt eine wichtige Rolle ein im Übergang von der frühen zur späten Kindheit. Wenn die Eltern dem kindlichen

Rollenspiel nicht genügend Aufmerksamkeit und Teilnahme schenken und so den kindlichen Realitätsbezug gering bleiben lassen, entwickelt das auf diese Weise einsame Kind ein reiches Phantasieleben. Mit der Einsamkeit nimmt die Realitätsferne des Kindes zu, wenn es keine Spielgefährten hat. In einer gesunden Entwicklung hingegen lernt das Kind beim Umgang mit Spielgefährten Selbstvertrauen, gegenüber der bisherigen Unterordnung unter die Erwachsenen. Durch Lob und Tadel von seiten der Kameraden wachsen Selbsterfahrung und soziale Anpassung des Kindes; soziale Anpassung beinhaltet dabei eine Reihe von Fertigkeiten im Umgang mit den Gefährten oder, bei unglücklicher Entwicklung, Isolation. Die Autoritätsfiguren nehmen zu: neben die Eltern treten Lehrer, Sporttrainer, Polizisten usw. Ihnen gegenüber entwickelt sich die Fähigkeit zur sozialen Unterordnung ("social subordination") oder Rebellion. Andererseits verlieren die Autoritätsfiguren, insbesondere die Eltern, ihren Größencharakter und werden differenzierter einfach als Menschen wahrgenommen. Im Übergang von der frühen zur späten Kindheit haben die Eltern noch eine wichtige Rolle bei der Bildung des kindlichen Geschlechtsbildes eingenommen. Das Kind wird durch die Tatsache beeinflusst, daß der gleichgeschlechtliche Elternteil ein Gefühl von Verwandtschaft und Verständnis zeigt, während der gegengeschlechtliche Elternteil mehr Unterschied und Unsicherheit ihm gegenüber verspürt. In der Imitation des gleichgeschlechtlichen Elternteils und in der Erfahrung von Lob und Tadel, auch Scham und Schuld bildet sich das Geschlechtsbild als Bestandteil der Selbstpersonifikation. Der von Freud beschriebene Ödipuskomplex spielt Sullivan zufolge dabei keine Rolle. Er ist allenfalls eine Deformation der Entwicklung. Das Leben in der kindlichen Gemeinschaft fördert die Entwicklung von Wettbewerb und Kompromißbereitschaft ("competition and compromise"). Das allgemeine Kennzeichen kindlicher Gesellschaft ist Mitwirkung ("cooperation"), wobei es um Auf und Selbstbehauptung

tung geht. Ihre Teilung in "in-groups" und "out-groups" entspricht dabei der kranken Organisationsform der den Kindern als Vorbild dienenden Gesamtgesellschaft. Die kindliche Hierarchie beeinflußt das Selbstwertgefühl der einzelnen Mitglieder; besonders verheerende Folgen für das Selbstwertgefühl hat soziale Ächtung ("ostracism"), die entweder einzelne oder Gruppen von Kindern als "out-groups" treffen kann.

Unter günstigen Umständen können die Erfahrungen in der kindlichen Gesellschaft manche zuhause erworbenen Beschränkungen und Eigentümlichkeiten beseitigen, die einem sozial adäquaten Leben entgegenstehen. Sie fördern so die Reifung des Kindes. Andererseits kann die Entwicklung aber auch auf dieser Stufe sistieren. Chronische "Juveniles" sind z.B. Leute, die zwar ein aktives Sexualleben führen, aber dabei ohne innere Beziehung zum jeweiligen Sexualpartner bleiben.

Das Bedürfnis nach einer innigen zwischenmenschlichen Beziehung ("need for interpersonal intimacy") ist nämlich das Charakteristikum der Präadoleszenz. Sie dauert ungefähr vom 8. bis 12. Lebensjahr. Nicht mehr nur Mitwirkung, sondern Zusammenarbeit ("collaboration") mit anderen wird wichtig. Vor allem ein bestimmter Angehöriger des gleichen Geschlechts rückt in den Mittelpunkt des Interesses: dieser enge Freund ("chum") erhält auf einmal die gleiche Wertigkeit, die das Kind bisher nur sich selbst zukommen ließ.

In dieser innigen Beziehung gilt nicht mehr das Machtprinzip im Sinne von: "Was könnte ich tun, um zu bekommen, was ich will?"; vielmehr findet sich hier erstmals eine echte Liebesbeziehung, in der die Frage bedeutend wird: "Was könnte ich tun, um zum Glück meines Freundes beizutragen oder sein Ansehen und sein Gefühl für die eigene Bedeutung zu unterstützen?"²⁷⁾. Diese frühe, homosexuelle Liebesbeziehung, in der ein bis dahin beispielloses Maß an Intimität vorherrscht, ist die Bedingung für jede weitere, hetero-

sexuelle Liebesbeziehung. Ebenso bestimmt die Art der Integration mit Geschlechtsgegnossen zu dieser Zeit jede weitere Integration mit dem eigenen Geschlecht. Die Freunde sprechen die gleiche Sprache, sie verhalten sich auf der Grundlage von Angstfreiheit, und so findet zwischen ihnen ein umfassender Austausch von Meinungen, Informationen und kulturell Erlerntem statt. Sie vergleichen diese Dinge und suchen gegenseitige Übereinstimmung. Dadurch, daß jeder der beiden Freunde weitere Sympathien für andere Geschlechtsgegnossen entwickelt, entsteht eine untereinander verbundene "präadoleszente Gesellschaft" ("preadolescent society"): die Bande ("gang"). Die in ihr herrschende Organisationsstruktur erhält wesentliche Bedeutung für die zukünftige Gesellschaftsentwicklung, denn schon hier entscheidet sich die Fähigkeit zu eigener Mündigkeit sowohl des einzelnen, als auch der Gruppe gegenüber ihrem Anführer. Sullivan unterscheidet zwei Typen von Bandenführern: der eine ist in der Lage, die übrigen Mitglieder zu gegenseitiger Zusammenarbeit und Wertschätzung in der Verfolgung eines gemeinsamen Ziels zu motivieren. Der andere macht seine eigene Meinung zur Meinung der gesamten Gruppe und hat somit eine "Meinungsführerschaft" inne. Die Möglichkeit zu solcher Gruppenbeherrschung hängt ab vom Grad der allgemeinen Unsicherheit und Ängstlichkeit in der Gruppe: je mehr interpersonale Sicherheit und soziales Lernen von Elternhaus und Schule empfangen worden sind, um so weniger Unmündigkeit innerhalb und von seiten der Gruppe gibt es. Die Einbettung in die präadoleszente Gruppe bietet - abgesehen von psychiatrischer Intervention - die letzte Gelegenheit für günstige Veränderungen, wenn bis dahin eine ungünstige Selbstentwicklung stattgefunden hatte.

Gleichzeitig kommen aber auch unheilvolle präadoleszente Entwicklungen vor. Sie beziehen sich vor allem auf den isolierten Jugendlichen, der z.B. wegen körperlicher Nachteile oder allgemein herrschender Verachtung ihm gegenüber

keinen engen Freund findet; er muß sein Bedürfnis nach Intimität mit phantasierten Personen befriedigen. Andererseits ist die Erfahrung von Einsamkeit so schrecklich, daß von ihr eine treibende Kraft ausgeht, trotz heftigster Angst die Aufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen zu suchen. Wirkliche Einsamkeit kann erst ab der Präadoleszenz erfahren werden. Sie ist fürchterlicher als Angst, denn sie verhindert vor allem das Gefühl, von anderen angenommen zu sein und persönlichen Wert zu besitzen.

Zur präadoleszenten Gesellschaft gehören manifeste homosexuelle Handlungen. Sie sind normale Entwicklungsschritte, die in der frühen Adoleszenz überwunden werden. Der Jugendliche jedoch, der eine Entwicklungshemmung in der Präadoleszenz erfährt, bleibt homosexuell. Dies mag der Fall sein, wenn er z.B. mit bereits zwei Jahren Verspätung in die Präadoleszenz eingetreten war. Wenn in der Pubertät - rein biologisch - seine genitalen Regungen reifen, befindet er sich psychisch noch in der Bewältigung der Präadoleszenz. Er richtet somit seinen "genitalen Lustdynamismus" auf Geschlechtsgenossen und findet keinen Weg zum anderen Geschlecht.

Gerade der Pubertätseinsatz zeigt, daß die Möglichkeit zu weiterer Erfahrung immer wieder abhängt von der Reifung biologischer Fähigkeiten. So leitet das Aufkommen genitaler Regungen über in die frühe Adoleszenz ("early adolescence"). Jetzt erst beginnt die Erfahrung sexueller Lust. Sullivan bezieht diesen Begriff streng auf biologisch ausgereifte Genitalsensationen: Lust ist ein Dynamismus und "der gefühlte Bestandteil integrierender Tendenzen, die sich auf die genitale Interaktionszone beziehen und die Befriedigung kumulativ zunehmender Sentience anstreben; diese gipfelt im Orgasmus."²⁸⁾

Gleichzeitig findet ein Wechsel statt im Bedürfnis nach Intimität: das Interesse wendet sich hin zu Angehörigen des anderen Geschlechts. Dabei müssen neue Umgangsformen im Kontakt mit dem gegengeschlechtlichen Jugendlichen entwickelt werden. Es wird notwendig zu wissen und kennenzulernen, wie man mit dem anderen Geschlecht leben und es achten kann. Die Schwierigkeit der Präadoleszenz gegenüber besteht in der Überschreitung eigener Erlebnisgrenzen: in der Präadoleszenz suchten Junge und Mädchen jemanden, der ihnen fast gleich war; in der frühen Adoleszenz nun suchen sie jemanden, der auf entscheidende Weise anders ist als sie selbst. Sie schreiten von einer isophilen zu einer heterophilen Wahl. Die eigentliche Aufgabe in der frühen Adoleszenz besteht darin, diesen Wechsel in der zwischenmenschlichen Vertrautheit gelingen zu lassen. Zwischen Junge und Mädchen müssen sich interpersonale Sicherheit und Angstfreiheit entwickeln. Dabei spielt die Entwicklung von Koitalverhalten eine untergeordnete Rolle, obwohl die frühe Adoleszenz mit den ersten Genitalregungen beginnt. Reifes Sexualverhalten zu lernen, ist Aufgabe späteren Wachstums in der späten Adoleszenz ("late adolescence"). An dieser Stelle wird deutlich, daß Sullivan sich von dem Libido-konzept Freuds völlig abgesetzt hat. Sexuelle Lust kann ihm zufolge erst ab der frühen Adoleszenz erfahren werden; alle frühere Bedürfnisbefriedigung ist qualitativ verschieden von sexuellem Lustgewinn. Sexuelle Lust ist für Sullivan auch nicht eine Frage intrapsychischen Energiehaushalts; sie ist vielmehr der letzte große interpersonale Dynamismus, der im Leben entwickelt wird. Der Lustdynamismus kann verstanden werden als ein System von Interaktionszonen, das unter einem Rezeptor-, einem Eduktor- und einem Effektoraspekt funktioniert²⁹⁾. Zum rezeptiven Teil zählen die taktilen Reize des Genitales und die "erogenen Areale" des Körpers. Hier verspüren bereits Säugling und heranwachsendes Kind Sensationen; ihnen fehlt aber die Weiterverarbei-

tung über den mentalen Eduktorapparat hin zu effektorischer Aktivität, wie sie in der vasomotorischen Erektion und Sekretabsonderung der Genitalien, den skelettalen Kopulationsbewegungen und im komplexen Orgasmusgeschehen zum Ausdruck kommt. Erst die Einheit dieser drei Funktionen macht sexuelle Lust aus. Die Körperreize erregen zwar auch schon den Säugling, aber sie erregen ihn nicht sexuell.

Frühe und späte Adoleszenz sind gekennzeichnet vom Wirken der beiden Bestandteile: sexuelle Lust und Bedürfnis nach Intimität. Eine optimale Entwicklung führt diese beiden schließlich in einer reifen Liebesbeziehung zusammen. Unter manchen Umständen aber treten Inkongruenzen auf. Jede der beiden kann andere Dinge bedrohen, die in des Jugendlichen früherer Entwicklung wichtig geworden waren. Lust kann, besonders in der herrschenden Gesellschaftsstruktur, in Widerspruch geraten mit dem Bedürfnis nach Sicherheit; wenn z.B. in der frühen Kindheit bedrohliche Erfahrungen im Bereich des "Nicht-Ich" gemacht worden sind und sich eine primäre Genitalphobie entwickelt hat³⁰⁾, muß Lust abgespalten werden. Auch kann ein Widerspruch bestehen zwischen dem Sicherheitsbedürfnis und der Aufrechterhaltung von Selbstrespekt einerseits und dem heterophilen Wechsel im Bedürfnis nach Intimität andererseits; er kommt z.B. auf, wenn ein Elternteil sein Kind nicht erwachsen werden lassen will, ihm nicht gestattet, sich von den Eltern zu lösen und einen Freund bzw. eine Freundin zu finden. Der Elternteil kann so die adoleszenten Bemühungen um Ablösung verunglimpfen oder lächerlich machen. Oder Lust und Intimitätsbedürfnis stoßen aufeinander: dann finden sich Schüchternheit, übermäßige Vorsicht oder übermäßige Aggression dem anderen Geschlecht gegenüber. Widersprüche zwischen Lust und Intimitätsbedürfnis können Sexualstörungen hervorrufen, wie z.B. Impotenz, Widerwille gegen Sexualität u.a.

Allgemein lassen sich drei Einstellungen gegenüber Sexualität und sexueller Lust finden: einmal wird sexuelle Lust übersteigert zu etwas "ganz Besonderem". Zum zweiten kann sie aber auch als Drohung erlebt werden, daß einen schreckliche Erniedrigungen erwarten. Letztlich kann ein aktives Sexualleben nicht nur eine Quelle von Unsicherheit sein, sondern das Verspüren von Lust oder lustgetönten Träumen kann als tiefgreifende Minderung der Selbstachtung erfahren werden.

Sullivan stellt heraus, daß die Formen des Sexualverhaltens, wie sie in der späten Adoleszenz sich bilden, sehr variabel sein können. Neben dieser normalen Vielfältigkeit gibt es aber auch Störungen, die noch aus der frühen Adoleszenz herrühren. So können beide: Bedürfnis nach Intimität mit dem anderen Geschlecht und Lust desintegriert und in andere Verhaltensmuster eingeführt werden. Das Bedürfnis nach Intimität z.B. kann desintegriert und in solcher Weise sublimiert werden, daß die Beziehungen des Jugendlichen rein geschwisterlichen Charakter annehmen: auf regressive Weise erscheinen wieder frühere Verhaltensmuster. Andere Möglichkeiten des Ausgangs sind: Frauen werden, wenn es sich um einen Jungen handelt, so verherrlicht, daß sie un-erreichbar werden; oder Junge und Mädchen entwickeln eine umfassende Unterwürfigkeit gegenüber Angehörigen des Gegengeschlechts, welche die frühe Adoleszenz gut gemeistert haben; oder es resultiert ein "falscher" Haß auf das andere Geschlecht.

Das Bedürfnis nach Intimität mit dem Gegengeschlecht kann abgespalten werden. Geschieht dies, so gerät der Jugendliche immer wieder in unerwartete, verwirrende und angst-erzeugende Situationen, weil er seinen eigenen Intimitäts-impuls nicht wahrnimmt. Männliches Resultat einer anhaltenden Dauer dieser Störung ist der "echte" Frauenhasser, für den Frauen immer wieder eine Bedrohung sind.

Das Gefühl von Einsamkeit kann einen neuen Grad annehmen. Einsamkeitserfahrung ist immer verbunden mit einer inadäquaten Erfüllung des Bedürfnisses nach interpersonaler Intimität. Die Isolation vom anderen Geschlecht wird somit in der Adoleszenz zu einer weiteren Einsamkeitserfahrung. Allgemein unterscheidet Sullivan drei Manifestationsformen des Intimitätsbedürfnisses: das heterophile, das isophile und das autophile. Beim heterophilen bemüht sich die Person um Intimität mit Angehörigen des anderen Geschlechts; beim isophilen hat die Person sich in dieser Hinsicht nicht über die Präadoleszenz hinausentwickelt; beim autophilen ist die Entwicklung entweder vor der Präadoleszenz arretiert, oder die Person ist infolge schlechter Erfahrungen, wie z.B. Ablehnung durch die Bande, zu früheren Entwicklungsstufen zurückgekehrt; hier beschäftigt sie sich ausschließlich mit den Personifikationen seiner selbst - in der Sprache Freuds: sie kehrt zurück zu einer narzißtischen Selbstbezogenheit.

Menschliche Reife entwickelt sich bei günstigen Bedingungen am Ende der späten Adoleszenz. Eine reife Person kennzeichnet sich aus durch Selbstrespekt und Selbstachtung; sie bilden die Grundlage für die gleichwertige Achtung anderer und verhindern die Geringschätzung der Mitmenschen aufgrund eines Mangels an eigenem Selbstwertgefühl. Somit ist in der reifen Person die Fähigkeit zur Intimität mit einem anderen Menschen voll ausgeprägt: das beinhaltet ein Gespür für die Bedürfnisse des anderen und für die zwischenmenschliche Sicherheit oder Angstfreiheit, über die der andere verfügt.

Wenn sich dieses Gespür für einen anderen und genitale Lust in einer heterosexuellen Beziehung vereinen, ist eine reife, dauerhafte Liebesbeziehung erreicht. Allgemein begegnet ein reifer Mensch den Beschränkungen, Interessen, Möglichkeiten und Ängsten seiner Mitmenschen mit Verständnis und Sympathie. Er selbst ist ja nicht geschützt gegen

das Auftreten von Angst, Furcht oder anderen Schwierigkeiten, die im Leben auftreten. Aber er ist im Leben angemessen orientiert ("conception of orientation in living"), d.h. er ist fähig folgende Dinge zu überschauen: "die integrierenden Tendenzen (Bedürfnisse), die üblicherweise jemandes zwischenmenschliche Beziehungen kennzeichnen; die Umstände, die für ihre Befriedigung und verhältnismäßig angstfreie Lösung geeignet sind; und die mehr oder weniger entfernten Ziele, für deren Annäherung man zwischenzeitliche Gelegenheiten zur Befriedigung oder Prestigevermehrung aufgibt."³¹⁾ Ein solcher Mensch verfügt über ein breites Maß an syntaxischer Erfahrung: seine Beziehungen zu anderen werden durch weitgehende "consensual validation" bestimmt; je reifer die Person ist, um so weniger verzerrt sieht sie ihr Gegenüber und um so weniger Angst tritt in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen auf.

V. Psychopathologie

Muster gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen

In der vorausgegangenen Beschreibung der menschlichen Entwicklungsphasen sind an einzelnen Stellen Entstehung und Gestalt bestimmter Erkrankungen bereits dargestellt worden. Aus diesem Grund werde ich im folgenden nicht die gesamte Palette psychiatrisch relevanter zwischenmenschlicher Störungen im Lichte interpersonaler Psychiatrie aufzeigen; vielmehr beschränke ich mich in der Darstellung hauptsächlich auf die einzelnen Formen von Schizophrenie, wie Sullivan sie sah. Sullivan hatte seine klinische Tätigkeit mit schizophrenen Patienten begonnen und sich um Verständnis und Psychotherapie gerade dieser Erkrankung bemüht. Hier hat Sullivan entscheidende Impulse gesetzt: "Die amerikanische Schizophrenie-Forschung kann ohne Sullivans Bemühungen nicht gedacht werden²⁾.

Psychische Erkrankungen sind Störungen in der Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen; dabei sind rein biologische Schäden, wie sie z.B. der Dementia simplex zugrunde liegen, nicht berücksichtigt. Die einzelnen Formen psychischer Erkrankung lassen sich somit erfassen auf einer retrograden Entwicklungsreihe, d.h. im Blick zurück vom ausgeprägtesten Grad menschlicher Reife bis hin zum Säuglingsalter. Es gibt somit späte und frühe Störungen; allgemein lassen sie sich differenzieren im Hinblick auf den Verlust bzw. Mangel an "consensual validation" und die reziproke Zunahme an "parataxischer Verzerrung" ("parataxic distortion"). Parataxische Verzerrung ist ein Charakteristikum aller zwischenmenschlichen Beziehungen und bezieht sich auf die oben³⁾ beschriebene Tatsache, daß jede emotionale und mentale Erfassung eines anderen Menschen aus realitäts-gerechten und phantasierten Wahrnehmungen besteht. Leichte Grade parataxischer Verzerrungen verursachen ein geringes Maß an zwischenmenschlicher Angst, schwere Grade ein ent-

sprechend hohes Maß. Bezogen auf die Entwicklung des Selbst-Systems bedeutet dies: je mehr Realitätsbewußtsein durch die Prozesse "auswählende Unaufmerksamkeit" und "Spaltung" eingebüßt wird, umso größer ist das Ausmaß der Störung. "Auswählende Unaufmerksamkeit" ist in ihrer leichtesten Form der am meisten verbreitete Prozeß; in klassischer Weise bezeichnet er den Circulus vitiosus zwischenmenschlicher Angst: er dient dem Selbst dazu, angstbringende Erfahrungen nicht wahrnehmen zu müssen; mit der Ausklammerung aus dem Erfahrungsrepertoire verhindert er jedoch gleichzeitig die Entwicklung von Verhaltensweisen, die dieser Angst angemessen begegnen können. Indem angstbringende Erfahrungen zwar gemacht, aber nicht wahrgenommen werden, bleibt die Angst unverändert bestehen. Andererseits könnte einzig die bewußte Angsterfahrung Reaktionen zeitigen, welche auf die realen Ursachen der Angst verändernd einwirken. Aber "auswählende Unaufmerksamkeit" wird paradoxerweise zu einem Verbündeten der Angst: als Antwort auf Angst gebildet, ermöglicht sie durch das Wahrnehmungsdefizit, daß Angst in immer wieder "gleichen" Situationen unverändert aufkommen kann und eine zwischenmenschliche Integration im Sinne von "consensual validation" verhindert. Die "Gleichheit" der Situation rührt dabei von einer Fehlwahrnehmung her: diejenigen Eigenschaften einer Person, welche mit Eigenschaften von Personen aus der frühen Kindheit übereinstimmen, werden nicht als Eigenschaften in einem neuen zwischenmenschlichen Zusammenhang erkannt; vielmehr mobilisieren sie die alten parataxischen Symbole und die ihnen entsprechenden kindlichen Reaktionsweisen. Die aktuelle Person wird mit der vergangenen, bildhaften gleichgesetzt; indem vergangene und aktuelle Situation auf diese Weise "gleich" geworden sind, erfolgt eine Antwort nur noch auf das parataxische Symbol, unter Mißachtung der komplexeren Gegenwart: wenn das zweijährige Kind mütterliche Strafe immer in Verbindung mit einer besonders lauten Stimme er-

fahren hatte, kann auch noch der dreißigjährige Erwachsene mit Angst auf Mitmenschen reagieren, die ihm objektiv freundlich gesinnt sind, aber zufällig ebenso laut sprechen wie die Mutter der frühen Kindheit.

Die Tatsache, daß Störungen der "consensual validation" zum normalen menschlichen Leben gehören, beweist den nur graduellen Unterschied zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken. Während Gesunde nur geringe Defizite an syntaxischer Welterfahrung aufweisen, sind hier die Defizite bei Kranken größer. Der Neurotiker zeigt neben einer Verminderung syntaxischen eine Häufung parataxischen Erlebens. Der Schizophrene hingegen kennt in der Manifestation seiner Krankheit keinen syntaxischen Zusammenhalt mehr: er lebt auf einer rein parataxischen Entwicklungsstufe, die noch keine "consensual validation" erreicht hat.

Die schizophrene Erkrankung folgt einem Scheitern des Versuchs, die drei Selbstpersonifikationen "Gutes-Ich", "Böses-Ich" und "Nicht-Ich" zu einem einheitlichen Selbst zu integrieren. Bei diesem Versuch kommt es darauf an, den abgespaltenen "Nicht-Ich" Anteil zu einem Bestandteil wahrgenommener Realität zu machen. Das sei nachfolgend geschildert. Wie oben erwähnt⁴⁾ entsteht das "Nicht-Ich" in Verbindung mit furchteinflößender Tabusetzung seitens der Mutter in der frühen Kindheit. Furchteinflößende Ereignisse wirken "wie ein Schlag auf den Kopf" und verhindern so eine kausal bezogene und vorausschauende Realitätserfassung; sie werden in das "Nicht-Ich" abgespalten, um weiterer Furchterfahrung zu entgehen. Die in der aktuellen Gesellschaft vorherrschende "archaische Sexualkultur" setzt viele Tabus vor allem im Bereich des kindlichen Spiels mit seinen Genitalien; daraus resultieren eine "primitive Genitalphobie" und ein Loch im eigenen Körperschema. Da ein einheitliches Selbst sich einzig auf der Grundlage eines einheitlichen Körperschemas bilden kann, bedeutet ein Loch im Körperschema somit gleichzeitig eine Leerstelle in der Selbstwahrnehmung. Wenn durch häufige Tabusetzung in

der frühen Kindheit das "Nicht-Ich" einen großen Anteil des Selbst ausmacht, ist fast alle umgebende Realität eine potentielle Quelle von Furcht. Die realitätsbezogenen Selbstpersonifikationen "Gutes-Ich" und "Böses-Ich" entwickeln sich demgegenüber nur rudimentär. Das Kind wächst heran unter der Notwendigkeit, weite Bereiche seines Selbst zu tabuisieren: nur so kann es seine Selbstachtung aufrecht erhalten. Es muß der drohenden Realität entkommen; ein möglicher Ausweg ist die unaufhörliche und ausschließliche Beschäftigung mit erprobt furchtfreien Dingen: dieser Ausweg führt in die Zwangskrankheit; eine andere Sicherungsmaßnahme ist der nahezu vollständige Rückzug von der schrecklichen Wirklichkeit. (Andere von Sullivan beschriebene Prozesse bleiben hier unberücksichtigt: z.B. Automatismen). Entsprechend zeichnen sich präschizophrene Jugendliche häufig durch Einsamkeit und Kontaktarmut aus. Ein solcher Rückzug verhindert aber nicht, daß die abgespaltenen Prozesse dynamisch wirksam bleiben; in der Präadoleszenz und Adoleszenz bietet diese Wirksamkeit eine Gelegenheit zur Aufhebung der Spaltung. Unter günstigen Umständen kann das präadoleszente Bedürfnis nach Intimität zu einer entscheidenden Verbesserung der Energieverteilung zwischen "Nicht-Ich" und den übrigen Personifikationen führen, weil die Überwindung der Einsamkeit vordringlicher ist als die Vermeidung von Furcht. Das Bedürfnis nach Intimität kann ein abgespaltenes System von Strebungen ("a dissociated tendency system") auf folgende Weise reintegrieren: durch "bedachte Fugue" ("deliberate fugue"); "wie durch ein Mißgeschick während des Schlafs" ("as if by misadventure while asleep"); und durch "Anpassung an das Unheimliche und Gefährliche" ("adjustment to the uncanny"). Gemeinsames Kennzeichen dieser Vorgänge ist die Wahrnehmung bisher abgespaltenen Strebungen und ihre Aufnahme in das Bewußtsein. Mit Fugue bezeichnet Sullivan eine Überlagerung von Wach- und Traumzustand: ". . .

man agiert einen Traum mit aller Überzeugung, daß man wach ist, und man ist tatsächlich wach, soweit ein Anwesender das sagen kann⁵⁾. Eine "bedachte Fugue" erscheint als eine Art Katharsis...", eine Person rafft sich auf mit der Einstellung: 'Also, zum Teufel, laßt es uns einmal darauf ankommen lassen'. Sie stürzt sich dann in eine wesentliche Situation, gewissermaßen gespannt auf jedes Ereignis, wobei sie oft ihre Augen auf etwas Unwichtiges richtet - d.h. sich ausschließlich mit Dingen beschäftigt, die wirklich tangential zu dem sind, was sie verfolgt. Das hat auffallende Ähnlichkeiten mit einem aktiven Fuguezustand, allerdings ohne den buchstäblichen Wegschnitt bestimmter Aspekte der Vergangenheit, den eine wahre Fugue zeigt. In diesem Zustand hat man Erfahrungen, welche unter anderen Umständen eine Psychose hervorrufen würden. Und gewissermaßen durch einen Abschwächungsprozeß, durch welchen sich die ganze Sache langsam in bewußte Erfahrung einfügt, kommt man wieder heraus und fühlt sich umso besser."⁶⁾ In diesem Fall hat der Druck der Einsamkeit die Furcht überwunden: die abgespaltenen Prozesse sind in eine bewußte Selbstrepräsentanz hereingeholt worden. Ähnlich verhält es sich mit den beiden anderen Reintegrationsmanövern: es gibt Berichte von Jugendlichen, daß sie sich in einer mutmaßlich besonders beunruhigenden Erfahrung wiedergefunden hätten, weil sie in Schlaf gefallen seien; trotzdem wissen sie alles über diese Erfahrung. Und in der "Annäherung an das Unheimliche" steigt man buchstäblich "aus der Welt, wie sie ist, heraus und in die Welt eines bestimmten mythologischen Systems hinein und spielt für eine Weile eine Rolle darin."⁷⁾* Die

* Nach Ende dieser unheimlichen Erfahrung kann ein neues Realitätsbewußtsein entstehen, das im einfachen Akzeptieren von Faktizitäten besteht, ohne daß diese Faktizitäten genau verstanden sein müßten. Eine Person, die sich an das Unheimliche angenähert hat, mag sagen: "Nun gut, das ist es; ob zum Guten oder Bösen, ob zum Besseren oder Schlechteren, es ist einfach so."⁸⁾

Reintegration ist bei allen dreien ermöglicht durch Schwellenprozesse zwischen wacher Bewußtheit und träumerisch-schläfriger Unbewußtheit. Durch das Einfügen des Schlafinhalts in das wache Bewußtsein ist die Spaltung überwunden.

Derartige Reintegrationsprozesse sind risikoreich. Nicht immer leitet die totale Verwirrung über in eine bessere Organisation des personifizierten Selbst: Fuguezustände können über längere Zeit andauern; oder es können Sehnsüchte in das Bewußtsein einbrechen, deren Inhalt von unheimlichen Gefühlen begleitet ist, wie z.B. Schrecken, Ekel, Brechreiz usw. Typischerweise geschieht dies beim Präschizophrenen in bezug auf homosexuelle Wünsche: das präadoleszente Bedürfnis nach Intimität, unter dessen Druck die abgespaltenen Prozesse erstmalig reintegriert werden sollen, ist auf einen gleichgeschlechtlichen Freund ausgerichtet. Wenn in der frühen Kindheit das Spiel mit den Genitalien streng tabuisiert worden ist, ruft jede weitere genitale Aktivität Furcht hervor. Das präadoleszente Bedürfnis nach Intimität aber schließt genitale Aktivität mit ein, so daß an diesem Punkt der Entwicklung die mit dem Tabu verbundenen schrecklichen Gefühle erneut ausbrechen. Gemäß dem Entwicklungsstand beziehen sie sich auf homosexuelle Aktivität. Das Bedürfnis nach Intimität kann somit solch abschreckende Sehnsüchte ("abhorrent cravings") wecken, daß deren Wahrnehmung Panik hervorruft. Panik verursacht völlige Desorganisation; sie kann von solchem Umfang sein, daß eine Reintegration der abgespaltenen Prozesse nicht mehr möglich ist. Die abgespaltenen Prozesse brechen mit aller Macht in die bewußte Wahrnehmung ein. Dies ist dann der Beginn der schizophrenen Psychose. Häufig steht am Anfang der Schizophrenie die Angst vor Homosexualität. Die Schizophrenie manifestiert sich zur Hauptsache im Alter zwischen vierzehn und siebenundzwanzig Jahren. Bis dahin kann die präschizophrene Person sich durch sozialen

Rückzug und Einsamkeit vor dem Ausbruch der tabuisierten Handlungen geschützt haben. Selbst mit fünfundzwanzig Jahren kann sie sich somit auf einem Entwicklungsstand befinden, der zeitlich noch vor der Präadoleszenz liegt. Entsprechend folgen dem Bedürfnis nach Überwindung der Einsamkeit homosexuelle Sehnsüchte. Weil diese aber in Verbindung mit dem früheren Tabu verboten sind, sinkt gleichzeitig das Selbstwertgefühl bis fast auf den Nullpunkt. Der Schizophrene kann seine homosexuellen Wünsche nicht als Ausdruck einer normalen Entwicklung begreifen und muß jede weitere Reifung verhindern: die Reintegration der abgespaltenen Prozesse scheitert; während sie bis zu diesem Punkt nicht wahrgenommen worden waren, steigen nun sehr frühe Beziehungsprozesse im Bewußtsein auf, die identisch sind mit den "Nicht-Ich"-Anteilen der Person. Sie erbringen gleichzeitig die zum "Nicht-Ich" gehörigen Emotionen, wie Ekel, Furcht, usw. Zu den verbotenen, abgespaltenen Aktivitäten gehören neben Homosexualität auch andere Handlungen, wie z.B. Masturbation. Ihrer "primitiven Genitalphobie" entsprechend ängstigen sich Schizophrene oft wegen ihrer tabuverletzenden Masturbation. Im Konflikt zwischen eigenen Strebungen und den ihnen entgegenstehenden Tabus steht Schizophrenen nur noch ein primitives Sicherheitsmanöver zur Verfügung: die furchtbringenden Handlungen werden anderen, den "sie" ("they"), zugeschrieben und somit in ihrer Zugehörigkeit zum eigenen Selbst verleugnet. Die Spaltung wird bewußt: der Schizophrene nimmt nicht sich selbst wahr, denn zum größten Teil ist ja alles "Nicht-Ich"; er nimmt die Handlungen der "sie" wahr, "die ihm Schmähungen und beunruhigende Einflüsterungen zukommen lassen, die ihn widerwärtige und ekelhafte Empfindungen erfahren lassen, und die auf der anderen Seite durch die Halluzination seinen geistigen Frieden zerstören, ihn verwirren und seinen Kopf zerbrechen, und ihn durch Ermüdung und andere Maßnahmen in stark regredierte Zustände zurückführen"⁹⁾. Sein Selbst bleibt auf diese Weise geschützt, denn die anderen sind die Übeltäter. Der Schizo-

phrene kehrt zurück auf frühe para- und prototaxische Entwicklungsstufen: alles geschieht außerhalb von ihm, denn er hat noch kein syntaxisches Selbst; er hat wirklich zwei real verschiedene Mütter; sein Selbst ist so gering ausgeprägt wie dasjenige eines zweijährigen Kindes, usw. Die Welt ist ihm so fremd, wie sie Gesunden in Alpträumen erscheint. Was der Gesunde einzig in Alpträumen erlebt, ist zur ausschließlichen Erfahrung des Schizophrenen geworden. Sie ist so fürchterlich, daß der Schizophrene in heftige Erregung gerät, welche mit katatonem Stupor abwechselt. Die Katatonie ist die eigentliche Form der Schizophrenie und drückt eine Art Heilungsversuch aus: in ihr versucht der Katatone sinnvolle Anstrengungen zur Realitätsbewältigung; gleichzeitig bleibt ihm die Welt kosmisch und völlig unverstänglich: die Anstrengungen bleiben hilflos.

Der Schizophrene kann keine neuen Erfahrungen machen, weil er die abgespaltenen Prozesse nicht in sich aufnehmen kann; denn eine Integration der abgespaltenen Prozesse in das personifizierte Selbst würde einen umfassenden Persönlichkeitswandel bewirken, der viel zu angstbesetzt ist. Der Schizophrene kann die Veränderung nicht zulassen, weil die frühe Furchterfahrung jeden Begriff von Zukunft verhindert hat: die zukünftige Persönlichkeit, welche auf eine Veränderung folgen würde, ist in ihrer Ausprägung nicht abzusehen; somit bereitet die Möglichkeit von Veränderung ein ungeheures Maß an Angst. Diese Angst vor der Zukunft wiegt schwerer als die aktuelle Angst, deren Erleben immerhin ein beständiges, wenn auch schreckenerregendes Selbst garantiert. Das einfache Akzeptieren von Faktischem, wie es z.B. in der "Annäherung an das Unheimliche" geschieht, könnte diesen Rest von Selbstgewißheit auch noch stehlen. Indem der Schizophrene sich auf diese Weise weiterer Erfahrung versagt, kann er keine weiteren Symbole bilden.

Symbole sind Ausdruck von Erfahrung, und so stehen dem Schizophrenen zur Kommunikation mit der Umwelt einzig die primitiven Symbole aus seiner frühen Kindheitserfahrung zur Verfügung. Schizophrene Kommunikation entspricht den Kommunikationsformen eines zweijährigen Kindes. Von daher rührt ihre angebliche Unverständlichkeit. Wie das zweijährige Kind um "consensual validation" sich erst noch bemüht, so sind expressive Gestik und denotative Sprache des Schizophrenen als parataxische Kommunikationsmuster aufzufassen: die klassische schizophrene Zerfahrenheit mit ihrem "Wortsalat" ("spread of meaning");, welche alltägliche Dinge in einen völlig fremden Zusammenhang stellt, drückt die Suche nach verbindlichen, syntaxischen Wortinhalten aus. In diesem Zusammenhang ist auch das Philosophieren um Gemeinplätze zu verstehen; z.B. kann sich ein Schizophrener mit der Frage beschäftigen, was es bedeuten mag, wenn der Therapeut sich die Nase abwischt; dieser "Unsinn" hat Sinn: wie das zweijährige Kind ist er damit beschäftigt, die auf ihn einströmenden, disparaten Eindrücke von seiner Umwelt in einen sinnvoll vermittelten Zusammenhang einzuordnen; der Schizophrene weiß wirklich nicht, was Abwischen der Nase bedeutet; er möchte es aber gerne wissen, damit er die Welt besser versteht.

Die Absonderlichkeiten der schizophrenen Sprache bestehen zur Hauptsache aus zwei Arten: Stereotypien und Neologismen. Ihr gemeinsames Kennzeichen ist der Verlust von "consensual validation": in der Stereotypie wird ein und dieselbe Sache immer wieder ausgesprochen, als ob sie in den verschiedensten Verbindungen relevant wäre. Sie ist das Gegenteil zum "Wortsalat" ("spread of meaning"), denn sie ist eine unpraktische Konzentration auf die Bedeutung des Ausdrucks. In der Stereotypie werden verschiedene Dinge mit einem einzigen Wort bezeichnet, während der Wortsalat um eine einzige Sache kreist, für die kein treffender Ausdruck gefunden werden kann. In beiden Fällen sind schizophrener

Symbolgehalt und allgemein gültiger Symbolgehalt noch nicht zur Deckung gebracht. Daneben dient die schizophrene Sprache der Angstvermeidung. Bereits Stereotypien lenken von anderweitig angsterzeugenden Worten ab. Hier besteht eine enge Verbindung zwischen Schizophrenie und Zwangskrankheit. Die Möglichkeit, durch Worte Angst zu vermeiden, wird noch deutlicher in den Neologismen. Zum einen erinnern sie an die Babysprache, entsprechend dem Entwicklungsstand des Schizophrenen. Zum anderen entstammt ein Teil der Bedeutung, welche in das neologistische Konglomerat eingefügt ist, von den Strebungen, die Konflikt provozieren; die unangemessene Funktion des Neologismus ist deshalb in einem bestimmten Ausmaß notwendig und befriedigend, weil er einen Grad - autistischen - Ausdrucks erlaubt, ohne daß eine Notwendigkeit für den Austausch von Intelligenz-Information - und die angegliederten Prozesse von 'consensual validation' resultiert"¹⁰⁾. Somit wird ein Teil der angstbesetzten Strebungen doch kommuniziert, ohne daß der Schizophrene davon weiß: er hat sie vor sich und den anderen verborgen. In den Neologismen findet er eine Möglichkeit, angstbesetzte "Nicht-Ich"-Anteile zu kommunizieren, ohne selbst Angst empfinden zu müssen. Insgesamt gelten für die schizophrene Sprache alle Charakteristika der vorsyntactischen Sprache, wie sie oben¹¹⁾ dargestellt worden sind. Dies schließt sogar den Mutismus als besondere Kommunikationsform ein: der mutistische Schizophrene ist bis in die vorsprachliche Entwicklungsstufe zurückgekehrt und kommuniziert durch Körpergesten. Selbst der Stupor ist als solcher noch Mitteilung an die Umwelt; Watzlawick et alii formulieren diese Erkenntnis in ihrem Satz: "man kann nicht nicht kommunizieren"¹²⁾.

Es ist möglich, daß Schizophrene selbst nach einer Vielzahl psychotischer Schübe die abgespaltenen Prozesse reintegrieren und somit gesunden können. Daneben finden sich unglückliche Verläufe schizophrener Episoden: Paranoia und Hebephrenie. Im paranoiden Ausgang werden verschiedene Ele-

mente von Scham und Schuld von der eigenen Person den umgebenden Personen zugeschoben; die Auswirkungen sind so verheerend, daß eine Möglichkeit zur Intimität und einer ungestörten Beziehung mit einem andern nicht mehr besteht.

In der Hebephrenie desintegriert der Schizophrene unter dem Druck des Schreckens so viel seiner Entwicklung, daß er sich nur noch auf einer ganz frühen, primitiven Lebensstufe befindet: wie der Säugling beschäftigt er sich ausschließlich mit den einfachsten körperlichen Freuden, welche aus der Manipulation mit seinen Interaktionszonen entspringen.

Die Schizophrenie ist im Lichte dieser Forschungen als die Äußerung einer unreifen, aber um nichts weniger menschlichen Entwicklungsstufe zu verstehen. Von daher ergeben sich Möglichkeiten für eine Psychotherapie der Psychosen. Die Psychotherapie der Psychosen ist Bestandteil eines weitergehenden psychotherapeutischen Konzepts, das im folgenden Kapitel dargestellt werden soll.

VI. Psychotherapie

Sullivans Schizophrenieverständnis basiert in entscheidenden Punkten auf den Einsichten Freuds und Jungs: schon sie hatten abgewehrte Homosexualität, Regression, Projektion, Störung zwischen Ich und Außenwelt, Verkehrung des Traum-inhalts in das Wachbewußtsein, Beschränkung auf die Wortvorstellung im Unterschied zur Sachvorstellung usw. als zentrale Bestandteile des psychotischen Mechanismus beschrieben. Den Übereinstimmungen soll an dieser Stelle nicht nachgegangen werden. Wichtiger ist die Darstellung des entscheidenden Unterschieds mit seiner Konsequenz für eine dynamische Schizophrenietherapie: Freud hatte im Anschluß an K. Abraham die Psychose als den Abzug der Libido von den Objektbesetzungen und als nachfolgende Besetzung des narzißtischen Größen-Ich beschrieben: "...wollen wir schließen, daß die frei gewordene Libido bei der Paranoia zum Ich geschlagen, zur Ichvergrößerung verwendet wird"¹⁾. Über den Realitätsbezug der Psychose schreibt er: "Aber die neue, phantastische Außenwelt der Psychose will sich an die Stelle der äußeren Realität setzen..."²⁾.

In ihrer selbstherrlichen Erschaffung einer neuen Realität, die die äußere ohne libidinöse Besetzung läßt, können Psychotiker auch den Arzt nicht libidinös besetzen; sie entwickeln keine Übertragungsfähigkeit und bleiben so für eine psychoanalytische Therapie unzugänglich³⁾.

An diesem Punkt steht Sullivan in diametralem Widerspruch zu Freud: gemäß seiner primitiven Entwicklungsstufe erlebt der Schizophrene keine Ichvergrößerung, sondern eine Ichverkleinerung, denn fast alles an ihm ist "Nicht-Ich". Seine phantastische Realität steht nicht selbstherrlich an Stelle der äußeren Realität; vielmehr ist sie nur äußere Realität, wenn auch in primitiver Form: sie ist die äußere

Realität eines zweijährigen Kindes. Somit sind die Äußerungen des Schizophrenen ausschließlich als Übertragung anzusehen. Dabei versteht Sullivan Übertragung im Sinne Freuds jüngerer Interpretation als Wiederholungszwang, ohne allerdings Freuds Libidokzept zu übernehmen: in seiner Beziehung zum Arzt wiederholt der Schizophrene früheste Verhaltensmuster, die vor jeder syntaxischen Welterfahrung liegen. Der Neurotiker hingegen zeigt in seinem Wiederholungszwang eine Verquickung von syntaxischen und parataxischen Verhaltens- und Erlebensweisen. Wenn z.B. ein neurotischer Patient während der Übertragung den Arzt als seinen Vater ansieht, so weiß er im Grunde, daß der Arzt nicht sein tatsächlicher Vater ist; einzig seine Erlebnisse in bezug auf den Vater und in bezug auf den Arzt sind identisch, aber mental kann er beide als voneinander verschiedene Personen wahrnehmen. Sein Erleben ist parataxisch, aber seine bewußte Wahrnehmung bleibt syntaxisch.

Der Schizophrene dagegen sieht - als eine Möglichkeit unter vielen - den Arzt während der Übertragung sozusagen wirklich als Vater an. In Erleben und mentaler Erfassung fusionieren sich ihm Vater und Arzt zu einer Person. Zwischen Arzt und Patient herrscht hier an keinem Punkt Consensual Validation. Ziel der Schizophrenietherapie ist es aus diesem Grunde, die Ausschließlichkeit der Übertragung zu überwinden; der Schizophrene muß den Arzt so sehen können, wie der Arzt sich selber sieht; indem im Verlauf der Therapie der Arzt nicht mehr Vater bleibt, sondern als eigenes Subjekt erkannt wird, gewinnt der Schizophrene allmählich ein Bewußtsein für die allgemein gültige Wirklichkeit: er verläßt die proto- bzw. parataxische Entwicklungsstufe und erreicht zusammen mit dem Arzt Consensual Validation. Um dieses Ziel zu erreichen, muß der Arzt sich selbst als Person in den therapeutischen Prozeß eingeben: wie sonst sollte der Schizophrene ihn als Person erkennen können, die von seinem tatsächlichen Vater auf bestimmte Weise unterschied-

den ist? Der Arzt muß somit zu einem "teilnehmenden Beobachter" ("participant observer") werden, der verwoben ist in das Beziehungsgeflecht zwischen ihm und dem Patienten. Er muß mit dem Patienten zusammen von der prototaxischen bis zur syntaxischen Welterfahrung gehen, ohne daß er sich selbst primitiven Beziehungsstrukturen versagen könnte. Jede Arzt-Patient-Beziehung besteht aus vorsprachlichen und sprachlichen Elementen, wobei die sprachlichen Elemente in ihrer Bedeutung oft nicht klar sind. Von diesen hat der stumme Katatone jede sprachliche Kommunikation aufgegeben, und so muß der Arzt sich in der Beziehung zu ihm zunächst auf die primitive, vorsprachliche Kommunikationsebene einlassen. Wenn hier zwischen dem Katatonen und dem Arzt eine Integration erreicht ist, kann mittels des exakten sprachlichen Ausdrucks von seiten des Psychiaters allmählich eine gemeinsame syntaxische Integration entwickelt werden. An diesem Punkt stimmen Symbolgebrauch des Patienten und des Arztes überein, d.h. der Arzt ist vom Patienten als eigene Person erkannt, welche mit den Personen aus der Lebensgeschichte des Patienten tatsächlich nichts zu schaffen hat. Indem der Psychiater sich dem Patienten gegenüber in einer Sprache ausdrückt, "die er (d.i. der Patient) versteht und die sich in seinem Gehirn mit der richtigen Bedeutung statt mit irgendwelchen äußerst autistischen Inhalten verbindet..."⁴⁾, findet der Patient einen Zugang zur allgemein gültigen Wirklichkeit und zur Auflösung seiner parataxischen Verzerrungen.

Die Auflösung der parataxischen Verzerrungen und die Herstellung von Consensual Validation ist das Ziel in der Behandlung jeder Form von psychischer Erkrankung; Sullivan macht die in der Therapie von Schizophrenen gewonnenen Erkenntnisse allgemein nutzbar für jede psychiatrische Situation.

Ziel der psychiatrischen Behandlung ist die Integration von bisher nicht wahrgenommenen parataxischen Elementen in eine bewußte Selbstpersonifikation. Das prinzipielle Problem dabei ist, denjenigen Informationen einen Zugang zur Wahrnehmung zu erleichtern, welche dem Patienten die störenden Aspekte seines Lebens deutlich machen. Der Psychiater muß zu diesem Zweck die Sicherheitsoperationen des Selbst-Systems umgehen; bei einem unmittelbaren Zugang mit dem Versuch, die Sicherheitsmaßnahmen des Patienten sofort zu beseitigen, würde der Patient mit heftiger Angst, Wut oder Groll reagieren; auf jeden Fall wäre die therapeutische Situation desintegriert, die Arzt-Patient-Beziehung nachhaltig zerstört.

Der Psychiater muß somit erst einmal für sich selbst einen Weg finden, die parataxischen Verzerrungen zu identifizieren, welche die Beziehungen des Patienten zu seinen Mitmenschen entscheidend stören. Dieser Weg eröffnet sich im psychiatrischen Gespräch. In ihm gründet das Verständnis des Psychiaters für seinen Patienten. Nach Sullivan ist das psychiatrische Gespräch "eine Situation der primär stimmlichen Kommunikation - nicht der verbalen Kommunikation allein"⁵⁾. Die nichtverbalen Aspekte des Gesprächs sind dabei Intonation, Sprechtempo, Artikulationsschwierigkeiten, Veränderungen der Körperhaltung usw. Wenn der Psychiater während des Gesprächs auf diese Aspekte achtet, erfährt er mehr über seinen Patienten, als wenn er ihn in der Art eines Kreuzverhörs nach bloßen Fakten ausfragt. In diesen nichtverbalen Mitteilungen drücken sich die parataxischen Verzerrungen aus: oft besteht eine Inkongruenz von stimmlicher und verbaler Kommunikation, der Wortinhalt unterscheidet sich vom gestischen Inhalt der Sprache. Der Patient kommuniziert - ohne eigenes Wissen - die angstbesetzten Erfahrungen aus seiner interpersonalen Geschichte außerhalb der allgemein gültigen Sprache. Die Schwierigkeiten des Patienten rühren daher, daß seine vergangenen Erfahrungen

bildhaft mächtig sind; die Macht der Bilder, welche eine wirklichkeitsgerechte Wahrnehmung der Mitmenschen verhindert, bricht auch in der Arzt-Patient-Beziehung durch. Indem der Patient den Arzt fehlerhaft wahrnimmt, "macht" er etwas mit dem Arzt. Zwischen Arzt und Patient entsteht auf diese Weise eine zwischenmenschliche Situation, in der sich die Schwierigkeiten der übrigen zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten konzentrieren. Der Psychiater kann die zwischenmenschlichen Beziehungen seines Patienten also zu verstehen beginnen, wenn er die aktuelle Situation zwischen dem Patienten und sich selbst versteht; indem er die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten versteht, gewinnt er Klarheit über den Patienten als Person. Der Psychiater kann die aktuelle Situation nur erkennen, wenn er weiß, was im Augenblick in ihm selbst vorgeht. Er ist an der zwischenmenschlichen Situation beteiligt, und so kann er sich nicht wie ein unbeteiligter Zuschauer dem Patienten gegenüber verhalten. In jeder psychiatrischen Situation kann er seine relevanten Daten nur als teilnehmender Beobachter gewinnen. Der Psychiater muß der Tatsache Rechnung tragen, "daß alles, was sich beim Patienten abspielt, mehr oder weniger deutlich auf ihn gerichtet ist und daß alles, was er anbietet - seine Erfahrung - mehr oder weniger genau auf den Patienten abzielt, wobei ein wunderbares Wechselspiel entsteht"⁶⁾.

Neben die Beobachtung des Patienten tritt somit die Selbstbeobachtung des Psychiaters als notwendiges Instrument der psychiatrischen Behandlung.

Ein Zugang zu den parataxischen Verzerrungen findet sich folglich im "Hier und Jetzt" des Gesprächs, entsprechend einem Ausdruck Adolf Meyers. Hier und jetzt müssen in der teilhabenden Beobachtung die Defizite an Consensual Validation aufgespürt werden, um in einem weiterreichenden zwischenmenschlichen Prozeß zwischen Arzt und Patient sprach-

liche Übereinstimmung zu erzielen. Dabei umfaßt sprachliche Übereinstimmung, Consensual Validation, mehr als den gleichen Vokabelgebrauch bei Arzt und Patient: die Worte müssen auch in ihrem affektiven Gehalt übereinstimmen. Der Psychiater versteht seinen Patienten erst dann, wenn er dessen verbale Mitteilungen vergleicht mit dessen stimmlichen, nicht-verbalen Mitteilungen: "Ein Teil der Geschicklichkeit in der Gesprächsführung liegt somit in einer Art ständiger stiller Beobachtung: 'Ist dieser Satz, diese Mitteilung eindeutig?, Gibt es eine Sicherheit darüber, was diese Person meint?'"⁷⁾

Die parataxischen Verzerrungen werden außerhalb der verbalen Inhalte mitgeteilt; somit reicht das schlichte Wortverstehen nicht aus. Um die Inkongruenz zwischen verbaler und stimmlicher Kommunikation aufzudecken und zu beseitigen, muß der Psychiater unermüdlich Fragen stellen - an den Patienten und, gemäß der teilhabenden Beobachtung, an sich selbst. Er muß sich alle Aussagen des Patienten mit einem gewissen kritischen Interesse anhören und dabei Überlegen: "'Könnte das etwas anderes heißen als das, was mir zuerst dazu einfällt?' 'und', 'Könnte das etwas heißen, was mir nicht sofort einfallen würde? Weiß ich, was er damit sagen will?'" Diese permanente Begriffsklärung muß er dann an den Patienten wenden, denn "Fast jedes Mal, wenn man fragt: 'Meinen Sie das und das?' bekommt der Patient ein bißchen mehr Klarheit darüber, was er selbst tatsächlich meint. Und welche Erleichterung bedeutet es für ihn zu entdecken, daß das wirklich von ihm Gemeinte etwas ganz anderes ist als das, was er zunächst sagte, und daß er endlich irgendeine konventionelle Selbsttäuschung aufdeckt, der er sich jahrelang hingegeben hatte"⁸⁾.

Begriffsklärung ist für Sullivan Diagnose und Therapie zugleich: indem die außersprachlichen, parataxischen Verzerrungen aufgedeckt werden, weitet sich der Bestand an konsensuell validierter Sprache. Sprache ist jedoch nicht Selbstzweck in der psychiatrischen Therapie; vielmehr verweist sie auf die Qualität der zugrunde liegenden zwischenmenschlichen Beziehungen, deren symbolischer Ausdruck sie ist. Somit zielt das psychiatrische Gespräch mittels der Sprache darauf ab, "charakteristische Verhaltensmuster" im Leben des Patienten zu klären, "welche dieser als besonders belastend oder wertvoll empfindet und von deren Klärung er sich einen Gewinn verspricht"⁹⁾. Ein Verständnis der charakteristischen Verhaltensmuster des Patienten kann der Psychiater wiederum nur gewinnen auf dem Hintergrund seiner eigenen Erfahrung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Der Arzt verfügt prinzipiell über die gleichen Muster zwischenmenschlicher Beziehungen wie der Patient - von vorsprachlichen bis hin zu sprachlichen Ausgestaltungen, denn beide gehören derselben Kulturgemeinschaft an. Die Kultur gibt Arzt und Patient gleichermaßen Kommunikationsmuster vor, "die im Herkömmlichen so stark verankert und innerhalb der Gesellschaft so starr festgelegt sind, daß Sie sich vielleicht fragen würden, wouber ich überhaupt rede, wenn ich ein Wort anders aussprechen würde als Sie"¹⁰⁾. Psychiater und Patient können sich verstehen, weil ihre proto-, para- und syntaxischen Kommunikationsmuster kulturell gleich normiert sind.

Arzt und Patient unterscheiden sich somit nicht durch divergierende Muster ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen; vielmehr unterscheiden sich beide einzig in der kognitiven Verarbeitung ihrer zwischenmenschlichen Erfahrung: der Psychiater ist ein Fachmann, der Patient ein Ratsuchender in Sachen zwischenmenschlicher Beziehungen. Der Psychiater muß der Rolle des Fachmanns in seiner Beziehung zum Patienten auf mehrfache Weise gerecht werden: indem er dem Patien-

ten sein Wissen über den Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen zur Verfügung stellt, ist es für ihn verpönt, auf Kosten des Patienten persönlichen Nutzen aus der therapeutischen Situation zu ziehen. Im Vordergrund seines Handelns steht das Bemühen, den Patienten einen Gewinn aus der Beziehung zu ihm zukommen zu lassen. Einen solchen Gewinn erhofft sich der Patient, wenn er den Psychiater aufsucht; dabei können sich die Vorstellungen darüber, was dem Patienten Gewinn bringt, bei Arzt und Patient unterscheiden. Es hat aber keinen Sinn, dem Patienten sofort bei Aufnahme des Gesprächs Alternativen zu seinem bisherigen Leben aufzeigen zu wollen. Vielmehr erwartet der Patient aufgrund gesellschaftlich fixierter Einstellungen, daß der Arzt alles so handhabt, daß es dem Ziel des Patienten, sprich: des aktuellen Selbst-Systems dient. Der Psychiater muß die an ihn gerichtete Erwartung zunächst erfüllen, andernfalls erreicht er keine Integration zwischen sich und dem Patienten.

Achtung vor der Persönlichkeit des Patienten ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein Gelingen der therapeutischen Situation. Diese Achtung beinhaltet, daß der Arzt die Angstgefühle und Schwankungen des Selbstwertgefühls beim Patienten während des Gesprächs klar erfaßt; indem er dem Patienten zu erkennen gibt, daß er diese Äußerungen seiner Persönlichkeit registriert hat, wächst beim Patienten die Gewißheit, daß er mit seinen Schwierigkeiten angenommen ist. Erst auf Grundlage dieser Gewißheit ist der Patient bereit, weitere Auskünfte über sein Leben zu geben. Während der folgenden Schilderung des Patienten hat der Arzt sein fachmännisches Können im Grad seiner Aufmerksamkeit zu erweisen. Er richtet seine Aufmerksamkeit auf die Vorgänge, welche sich zwischen ihm und dem Patienten abspielen, um aus ihnen empirisch abgesicherte Daten über die Hauptschwierigkeiten und -vorteile im Leben des Patienten zu gewinnen. Wichtige Informationen erhält er dabei

"in der Regel nicht so sehr von den Antworten auf die gestellten Fragen, sondern von dem ausgewählten Zeitpunkt oder Betonung dessen, was gesagt wird, von den kleinen Mißverständnissen hier und dort, von den Augenblicken, in denen der Patient vom Thema abschweift und vielleicht unaufgefordert sehr wichtige Fakten bringt."¹¹⁾ Dabei registriert er sowohl, was der Patient erwartungsgemäß oder überraschend kommuniziert, als auch, was der Patient entgegen der Erwartung nicht kommuniziert. Dies alles sind Rohdaten, aus denen der Arzt nicht voreilig Schlüsse ziehen darf; vielmehr müssen sie sich erst im Verlauf weiterer Nachprüfung bewahrheiten, damit sie sich zu einem empirisch abgesicherten Muster der zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten zusammenschließen. Der Arzt muß sich somit vor phantasievoller, aber falscher Interpretation des Registrierten hüten; ebenso kann er sich nicht auf ausgewählte Teile seiner Beziehung zum Patienten beschränken, die allein eine sinnvolle Charakteristik des Patienten zu garantieren scheinen. Er unterschlägt in einem solchen Fall wertvolle Information, deren Aufnahme unter Umständen eine wesentliche Klärung in den zwischenmenschlichen Schwierigkeiten des Patienten erbringen würde.

Im Wechselspiel zwischen Fragen, Einwürfen, Interventionen und Antworten, Rückfragen usw. entspinnt sich ein Klärungsprozeß, der von Arzt und Patient gemeinsam geleistet wird. Indem so der Patient mehr Aufschluß über bis dahin unbekannte Aspekte seines Lebens gewinnt, weitet sich der Anteil seiner bewußten Selbstpersonifikation aus; gleichzeitig schwindet das Ausmaß aktuell unbegründeter Angst in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen. Dieser Nutzen für den Patienten hängt wesentlich von der Präzision und Eindeutigkeit der ärztlichen Sprache ab. Es ist eine Illusion zu meinen, der Arzt könne alles erfassen, was zwischen ihm und dem Patienten geschieht. Aus diesem Grund soll er auf große

Worte verzichten, die keinen anderen Zweck verfolgen, als dem Patienten zu imponieren. Leitpunkt psychiatrischer Sprache sollte immer die Frage sein: kann der Patient einen Nutzen aus dem Gesagten ziehen?

Der therapeutische Fortschritt besteht in der allmählichen Entwicklung mehrerer punktueller Übereinstimmungen zwischen Arzt und Patient, die schließlich in Consensual Validation münden sollen. Ein Defizit an Consensual Validation findet sich, wie oben dargestellt, gerade in einer unscharfen Sprache, und so "sollte sich der Therapeut vor allen Bemerkungen hüten, die nichtssagend sind oder Verwirrung stiften. Gleichzeitig vermeidet er es, Wahnvorstellungen oder schweren Irrtümern, die der Patient äußert, dadurch stillschweigend zuzustimmen, daß er sie nicht kommentiert..."¹²⁾.

Das psychiatrische Gespräch nutzt dem Patienten also nur, wenn der Psychiater allgemein verständliche Formulierungen verwendet. Diese müssen dem Patienten so klar sein, daß er seine Schwierigkeiten in Ursache und Wirkung selbst erkennt und nicht als Reaktion auf eine nebulöse psychiatrische Aussage das Gefühl erhält: "Mein Gott, ich muß furchtbar dumm gewesen sein; natürlich, das muß so sein, aber warum habe ich nicht daran gedacht?"¹³⁾. Sullivan polemisiert beispielhaft gegen den Begriff "Mutterbindung". In seiner langjährigen psychiatrischen Praxis hat er viele Patienten kennengelernt, die eine intensive Beziehung zu ihrer Mutter hatten. Aber jeder seiner Patienten wies in der Beziehung zu seiner Mutter eine Vielfalt von Einzelheiten auf, die niemals unter den allgemeinen Begriff "Mutterbindung" zusammengefaßt werden konnten: "'Mutterbindung' ist vielleicht ein schöner abstrakter Begriff, der für das private Spintisieren des Therapeuten von Nutzen sein kann; aber für denjenigen, der an der 'Mutterbindung' leidet, bedeutet dieser Ausdruck nichts, er ist für ihn lediglich eine leere Phrase."¹⁴⁾

Neben der Präzision der Sprache erfordert ein gewinnbringendes Gespräch die Auswahl des richtigen Zeitpunkts, an dem der Patient das vom Psychiater Angesprochene bei sich selbst verstehen kann. So muß der Psychiater manches zunächst für sich behalten, um es dem Patienten später bei einer passenden Gelegenheit mitzuteilen. Ein solcher Zeitpunkt ist immer dann gegeben, wenn der Patient aufgrund des vorangegangenen Gesprächsverlaufs die ärztliche Mitteilung nicht mehr seiner "auswählenden Unaufmerksamkeit" unterziehen kann. An diesem Punkt wird das Selbst-System des Patienten zunächst geschwächt, weil angstbeladene Erfahrungen in das bewußte Selbst hereingeholt werden.

Langfristig jedoch wird es gestärkt durch die allmähliche Erkenntnis, wie ungelöste Situationen aus der fernen Vergangenheit die Erfassung gegenwärtiger Situationen färben und komplizieren. War zu Beginn der therapeutischen Beziehung die ärztliche Aufgabe, Angst beim Patienten zu vermeiden, so wird im Fortgang der Therapie der Ausbruch von Angst zu einem unvermeidlichen Heilungsfaktor. Der Arzt muß allerdings darauf achten, daß die Angst des Patienten nicht zu stark wird, da sonst die zwischenmenschliche Integration von beiden zerbricht.

Ursprünglich hatte der Arzt die an ihn gerichteten Erwartungen erfüllt; im Verlauf der Therapie erfüllt er die auf Angstvermeidung abzielenden Erwartungen immer weniger, damit der Patient einen Teil seiner Angst als sozial unbegründet aufgeben und einen anderen Teil durch sozial akzeptierte Verhaltensmuster substituieren kann. Letzteres ist "Sublimierung", wie Sullivan sie begreift¹⁵⁾.

Die psychiatrische Heilung besteht darin, daß der Patient die parataxischen Verzerrungen in seiner Beziehung zum Arzt erkennt und verliert; er gewinnt damit einen entscheidenden Nutzen für alle anderen zwischenmenschlichen Beziehungen: "Man erlangt psychische Gesundheit in dem Ausmaß,

in dem man seine zwischenmenschlichen Beziehungen kennt" ¹⁶⁾. Indem zwischen Arzt und Patient Consensual Validation herrscht, weitet sich das Selbst des Patienten mit dem Effekt, daß der Patient in seiner eigenen Selbstwahrnehmung die gleiche Person ist wie in seinem Betragen mit anderen. Für die anschließende soziale Heilung bleibt dann immer noch ein breites Ausmaß an notwendiger Erfahrung in der kommunalen Existenz mit anderen. Die soziale Heilung beinhaltet eine regere Teilnahme am öffentlichen Leben. Hier eröffnen sich viele Probleme: ein Leben in der alten Gemeinschaft kann aufgrund der Eigenarten dieser Gemeinschaft unmöglich geworden sein. Trotz dieser möglichen Schwierigkeiten hat der Patient einen Nutzen aus der psychiatrischen Heilung gezogen, denn er kann den Problemen dieser Wirklichkeit auf eine Weise begegnen, die im sachgerechten Umgang, nicht in der Verleugnung besteht.

Das von Sullivan angegebene Ziel der Therapie: die Herstellung von Consensual Validation durch die Auflösung der parataxischen Verzerrungen meint methodisch nichts anderes als das von Freud angegebene Ziel: die Auflösung der Übertragungsverzerrung. So schreibt Freud: "... wir überwinden die Übertragung, indem wir dem Kranken nachweisen, daß seine Gefühle nicht aus der gegenwärtigen Situation stammen und nicht der Person des Arztes gelten, sondern daß sie wiederholen, was bei ihm bereits früher einmal vorgefallen ist!" Und: "Die Bewältigung dieser neuen künstlichen Neurose fällt aber zusammen mit der Erledigung der in die Kur mitgebrachten Krankheit, mit der Lösung unserer therapeutischen Aufgabe. Der Mensch, der im Verhältnis zum Arzt normal und frei von der Wirkung verdrängter Triebregungen geworden ist, bleibt auch so in seinem Eigenleben, wenn der Arzt sich wieder ausgeschaltet hat!" ¹⁷⁾.

Sullivan stellt diese Erkenntnis Freuds jedoch auf eine empirisch abgesicherte und sozial bezogene Grundlage: nicht die verdrängten Triebregungen, sondern die ungelösten zwischenmenschlichen Beziehungen der Vergangenheit schaffen die aktuellen Schwierigkeiten. In der Arzt-Patient-Beziehung werden somit nicht verdrängte Triebregungen behandelt, sondern mittels präziser Sprache werden die Bilder aus der zwischenmenschlichen Vergangenheit aufgelöst, welche die gegenwärtige Situation zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen.

An dieser Stelle sei an den programmatischen Beginn der Interpersonalen Psychiatrie erinnert: wie zu Anfang dieser Arbeit ausgeführt, geht es Sullivan in seiner psychiatrischen Theorie um scharfe Begriffsbildung. In seiner Arbeit mit Schizophrenen stellt er fest, daß gerade über den Weg einer Begriffsklärung therapeutische Erfolge erzielt werden können. Die Forderung nach präziser Begriffsbildung entspricht somit der Einheit von Theorie und Praxis. Die psychiatrische Theorie ist abgeleitet aus der psychiatrischen Praxis, und beide sind verbunden über die Methode der teilhabenden Beobachtung in zwischenmenschlichen Beziehungen, welche in allgemein verständlichen Begriffen erfaßt werden.

VII. Zur Bedeutung der Interpersonalen Schule für die Praxis der hiesigen Psychiatrie

Zu Beginn dieses Kapitels scheint es ratsam, unsere bisherigen Aussagen über das Verhältnis der Interpersonalen Psychiatrie einerseits zur Schulpsychiatrie und andererseits zur Psychoanalyse kritisch zu resümieren. Auf dem Hintergrund eines solchen Resümees läßt sich dann umso leichter die Frage erörtern, ob die Interpersonale Schule nützliche Aspekte für die hiesige psychiatrische Praxis bietet.

Als Schüler Adolf Meyers, der seinerseits Schüler Eugen Bleulers war, steht Sullivan zunächst in der Tradition einer unanalytischen, allerdings weitgehend psychogenetisch orientierten Psychiatrie¹⁾. Mit diesem dynamischen Ansatz gerät Sullivan in Widerspruch zur orthodoxen Kraepelinschen Nosologie; die auf Kraepelin zurückgehenden traditionellen Krankheitsbilder finden keinen Platz in seinem Konzept, da mit der bloßen Beschreibung von Erscheinungsformen nichts für das Verständnis psychischer Krankheit erreicht ist. Verständnis und Erklärung psychischer Krankheiten lassen sich nur aus dem Studium der zwischenmenschlichen Lebensprozesse gewinnen. Der Prozeßcharakter interpersonaler Methode im Gegensatz zur Statik reiner Deskription ändert auch die Kriterien, nach denen der Psychiater psychische Gesundheit oder Krankheit diagnostiziert. Während die traditionelle Psychiatrie die Orientierung in Zeit und Raum als diagnostischen Maßstab verwendet, ist für Sullivan die Orientierung im Leben ein Kriterium für psychische Gesundheit oder Krankheit²⁾. Sullivans "Conception of orientation in living" besagt: "Man ist im Leben orientiert in dem Ausmaß, in dem man formuliert hat, oder leicht zu einer Formulierung geführt werden kann (oder Einsicht hat in), Daten folgender Art: die integrierenden Strebungen (Bedürfnisse), die gewöhnlich jemandes zwischenmenschliche Beziehungen

kennzeichnen; die Umstände, die für deren Befriedigung und verhältnismäßig angstfreie Lösung angemessen sind; und die mehr oder weniger entfernten Ziele, um deren Erreichung willen man auf zwischenzeitliche Gelegenheiten zur Befriedigung oder Vergrößerung seines Prestiges verzichtet."³⁾

Mit der Ablehnung der Kraepelinschen Nosologie suspendiert Sullivan aber nicht das gesamte traditionelle psychiatrische Denken. Sullivans Krankheitsbilder kommen ohne Deskription nicht aus, denn die Deskription bildet die unerläßliche Grundlage für jedweden verstehenden Zugang zu psychischen Krankheiten. Sullivan befindet sich somit im Einklang mit Eugen Bleuler, wenn er in seinem psychiatrischen Konzept eine Synthese des deskriptiven Vorgehens traditioneller Psychiatrie mit dem psychoanalytischen Denken erreicht. Die von Bleuler benannten Grundsymptome und akzesorischen Symptome der Schizophrenie z.B. finden sich auch in der Sullivanschen Darstellung von Schizophrenie. Sullivans Schizophrenielehre drückt die erreichte Synthese von deskriptiver Schulpsychiatrie und Psychoanalyse aus; das schizophrene Krankheitsbild wird in seinem dynamischen und seinem deskriptiven Aspekt dargestellt: wenn nach einer unbewältigten Adoleszenz homosexuelle Ängste und im Anschluß an sie Panik aufkommen, mündet die weitere schizophrene Entwicklung in einen Realitätsverlust im Sinne der Bleulerschen Symptome. Es finden sich Zerfahrenheit, Ambivalenz, Autismus, Wahn, Halluzinationen und katatone Störungen.

Sullivan stimmt in der Deskription dieser Symptome mit der Schulpsychiatrie überein. Er transzendiert die Schulpsychiatrie jedoch, indem er die Symptome als Ausdruck proto- bzw. parataxischer Erlebnisformen begreift und somit als das Scheitern syntaxischer Symbolbildung verständlich macht⁴⁾. Interpersonale Psychiatrie steht dementsprechend in einem dialektischen Verhältnis zur Schulpsychiatrie: sie setzt die Schulpsychiatrie voraus, entnimmt dieser das Moment der

Deskription und die Forderung nach präziser Begriffsbildung, und sie stellt die Deskription in einen psychodynamischen Zusammenhang. Damit hat sie gleichzeitig einen von der Schulpsychiatrie verschiedenen Charakter gewonnen. In gleichem Maße überschreitet sie die biologistische Einschränkung einer sich ausschließlich naturwissenschaftlich verstehenden Psychiatrie⁵⁾. Diese Tatsache soll später am Verhältnis von Biologie und Kultur nochmals erläutert werden.

Nach den bisherigen Ausführungen könnte der Eindruck entstehen, daß es sich bei der Interpersonalen Psychiatrie um eine "dynamische" Psychiatrie in dem Sinne handle, daß die Schulpsychiatrie um die theoretischen Kenntnisse der Psychoanalyse erweitert wäre. Ein solcher Eindruck täuscht. Der Kern Interpersonalen Psychiatrie ist die teilhabende Beobachtung als unerläßliches Instrument psychiatrischer Behandlung und Theoriebildung. Eine "dynamische" Psychiatrie in oben angesprochener Ausprägung übersieht diese zentrale Erkenntnis Sullivans und beläßt den Psychiater in der Haltung eines distanzierten Beobachters. Der Gegensatz von teilnehmendem gegenüber dem distanzierten Beobachter markiert somit auch den entscheidenden pragmatischen Unterschied zwischen Interpersonalen Psychiatrie und Schulpsychiatrie. Indem die Schulpsychiatrie und auch die Dynamische Psychiatrie ihren Blick ausschließlich auf die individuelle Psychopathologie des jeweiligen Patienten richten, bleibt der behandelnde Psychiater außerhalb des Forschungsbereichs. Im Verständnis Sullivans tritt der Psychiater immer in eine zwischenmenschliche Beziehung zu seinem Patienten, und die in dieser Beziehung aufkommenden Affekte werden vom Psychiater mitgestaltet. Die Persönlichkeit des Psychiaters ist somit sowohl Instrument der Behandlung als auch Gegenstand der psychiatrischen Forschung. Allgemeinen Ausdruck findet diese Tatsache in der Untersuchung zwischenmenschlicher Beziehungen, welche den Gegenstand der Psychiatrie ausmachen.

Das Verlassen des intrapsychischen Standpunkts kennzeichnet auch den Unterschied der Interpersonalen Schule von der Psychoanalyse. Konkreten Ausdruck findet diese Tatsache in einem veränderten Begriffssystem, welches die Erkenntnisse Freuds für interpersonale Forschungen anwendbar macht. Die Begriffe Freuds waren Verdinglichungen und erste Konstrukte, um die neuen Erkenntnisse verstehbar werden zu lassen. Freud selbst hat den vorläufigen Charakter seiner Terminologie zugegeben, wenn er über seine Vorstellung einer "psychischen Lokalität" schreibt: "Für die Unvollkommenheiten dieser und aller ähnlichen Bilder Entschuldigung zu erbitten, halte ich für überflüssig. Diese Gleichnisse sollen uns nur bei einem Versuch unterstützen, der es unternimmt, uns die Komplikation der psychischen Leistung verständlich zu machen, indem wir diese Leistung zerlegen und die Einzelleistung den einzelnen Bestandteilen des Apparats zuweisen. Der Versuch, die Zusammensetzung des seelischen Instruments aus solcher Zerlegung zu erraten, ist meines Wissens noch nicht gewagt worden. Er scheint mir harmlos. Ich meine, wir dürfen unseren Vermutungen freien Lauf lassen, wenn wir dabei nur unser kühles Urteil bewahren, das Gerüste nicht für den Bau halten. Da wir nichts anderes benötigen als Hilfsvorstellungen zur ersten Annäherung an etwas Unbekanntes, so werden wir die rohesten und greifbarsten Annahmen zunächst allen anderen vorziehen (Sperrung von mir, H.B.)" ⁶⁾.

Auf dem Hintergrund dieser Äußerungen hat Freud selbst immer wieder seine eigene Theorie kritisch befragt; dies zeigt sich in der mehrfachen Revision früherer Annahmen, wie Freud sie im Laufe seines Lebens häufig vollzogen hat. Entsprechend liefert die Interpersonale Schule einen Beitrag zur Verfeinerung und Klärung bislang unbekannter psychischer Prozesse; dabei setzt sie aber die ersten, "rohesten"

Annahmen Freuds voraus. Es gelingt ihr, den sozialen Aspekt in die Psychoanalyse einzuführen. Bereits in den Schriften Freuds waren die sozialen Bezüge der Psychoanalyse angelegt; sie waren aber durch dessen biologistisch-verdinglichende Terminologie verstellt. Mit seinem interpersonalen Forschungsansatz gelingt es Sullivan, die in der Psychoanalyse angelegte Ganzheitswissenschaft ans Tageslicht zu holen: Interpersonale Psychiatrie ist eine bio-psycho-soziale Wissenschaft. Um ein solch ganzheitliches Konzept entwerfen zu können, gerät Sullivan in einen paradoxen Widerspruch zu Freud: in seiner Entwicklungspsychologie verwirft Sullivan das Konzept einer Libido sexualis als zu hypothetisch; die begriffliche Erfassung des menschlichen Sexualtriebes in Gestalt der Libido ist ihm eine unwissenschaftliche Verdinglichung. Gleichzeitig mit der Aufgabe des theoretischen Konstrukts "Libido" setzt Sullivan aber eine Erkenntnis frei, die dem Freudschen Libidokonzept von Anfang an innewohnte: alles menschliche Verhalten hat entweder unmittelbaren oder mittelbaren Bezug zu anderen. Freuds Libidobegriff war immer schon mitweltlich gefaßt: die Libido bedarf Freud zufolge der äußeren Objekte, um wirksam werden zu können⁷⁾. Sullivan destilliert diese Erkenntnis aus dem Libidokonzept und radikalisiert sie in seiner These von der alleinigen Gültigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen. Gleichzeitig differenziert er den monolithischen Sexualitätsbegriff Freuds. Während für Freud frühkindliche und reife Sexualität Äußerungsformen der einen Libido waren, unterscheidet Sullivan deutlich zwischen "Tenderness" und "Lust". Dabei ist Lust streng bezogen auf Erfahrungen, die die biologische Ausreifung des Genitalapparats voraussetzen. Entsprechend dehnt Sullivan seine Untersuchung der menschlichen Entwicklung auf die Adoleszenz aus; er findet, daß spätere Störungen im Erwachsenenalter neben anderen mögliche Quellen in dieser Reifungsperiode haben. Freud hingegen hatte seine Forschungen nicht über die Latenzperiode hinaus

weitergeführt. Damit entfällt die von Freud behauptete universelle Gültigkeit des Ödipuskomplexes als Quelle der Neurose. Sullivan geht noch weiter; er negiert die Existenz des Ödipuskomplexes als normale Entwicklung. Der Ödipuskomplex ist allenfalls eine Deformation der Entwicklung.

Mit der Negation des Ödipuskomplexes spart Sullivan auch die kindlichen Phantasien aus, welche um die Eroberung des gegengeschlechtlichen Elternteils kreisen. Indem er auf diese Weise einen wesentlichen Bestandteil kindlichen Lebens unterschlägt, wird seine Entwicklungspsychologie an dieser Stelle defizitär. Dabei ist die ödipale Konstellation in Sullivans Konzept implizit enthalten, wenn er als zentrales Verhalten in der Childhood die Imitation der Eltern angibt. Es ist daher umso erstaunlicher, wenn Sullivan die mit der kindlichen Vateridentifikation verbundene Phantasie nicht aufführt: ich möchte Mammi heiraten, genau wie Papi es getan hat. Dies würde zwar in der Sicht Freuds die Verhältnisse auf den Kopf stellen, denn Freud zufolge mündet ja erst der Untergang des Ödipuskomplexes in die männliche Identifikation mit dem Vater⁸⁾. Ein Widerspruch zwischen Sullivan und Freud an diesem Punkte bliebe somit allemal bestehen. Im Rahmen der Sullivanschen Konzeption wäre eine derartige, "auf den Kopf gestellte", Phantasie aber immerhin zu integrieren. Selbst eine solch "verkehrte" Phantasie, die ihren Ursprung nicht in genetischer Fixierung, sondern im Nachahmen sozialer Tatbestände hätte, findet jedoch keinen Eingang in Sullivans Darstellung interpersonaler Psychiatrie. Entsprechend rar sind somit Sullivans Aussagen zur Bildung der Geschlechtsidentität. Darüber hinaus fehlt völlig eine Darstellung der weiblichen Entwicklung. Während Freud mehrere Arbeiten zur weiblichen Sexualität und zum Bild der Weiblichkeit verfaßt hat, meidet Sullivan jegliche Erörterung dieses Problems. Auch Sullivans Schizophrenielehre bleibt auf das männliche Leben beschränkt.

Insgesamt ist die Sullivansche Theorie im Vergleich zur Freudianischen hier widersprüchlich zu sehen: einerseits erbringt sie einen Fortschritt durch die Untersuchung der Adoleszenz, andererseits bleibt sie in den erwähnten Punkten unvollständig und fällt so hinter Freud zurück.

Ein weiteres Paradoxon der Interpersonalen Psychiatrie folgt auf die Ablehnung der Instanzenlehre Freuds. Der systematische Teil der Psychoanalyse wird zum einen nicht übernommen, weil der spekulative Charakter der Instanzen nicht in den Rahmen des positivistisch-operationalistischen Wissenschaftsverständnisses paßt. Zum andern drückt gerade die Instanzenlehre die intrapsychische Beschränkung der anfänglichen Psychoanalyse aus, welche ja erklärtermaßen von Sullivan überwunden werden soll. Obwohl das System in der Interpersonalen Psychiatrie nicht namentlich genannt, sogar negiert wird, wird es dennoch vorausgesetzt. Dieser Widerspruch wird deutlich, wenn Sullivan das Symptom als Kompromiß verschiedener Motivationssysteme beschreibt⁹⁾. Das Vorbild für diese Charakteristik findet sich bei Freud: das Symptom ist in gleicher Weise ein Kompromiß, nur eben ein Kompromiß aus dem Kampf des Es und des Über-Ich gegen das Ich.

Wie gesagt, entfällt das System bei Sullivan auch zu dem Zweck, den Solipsismus Freuds zu überwinden. Sullivan geht soweit, den Begriff Persönlichkeit nur als Arbeitshypothese gelten zu lassen; er spricht schließlich von einer "illusion of the uniqueness of personality" und meint, er könne keine Persönlichkeiten sehen, sondern ausschließlich zwischenmenschliche Beziehungen. Dies ist ein überzogener Gedankengang; D. Wyss kritisiert Sullivan an dieser Stelle zu Recht, wenn er schreibt: "Das Subjekt und der Partner gehen im Reflex verloren."¹⁰⁾ Wir fassen doch den Menschen als ein einheitliches biologisches Wesen auf, welches auch

Selbstwahrnehmung, Emotion, Bewußtsein und Konflikt hat; wenngleich diese Elemente auch als phänomenologisch getrennte erscheinen, so sind sie doch Äußerungen eines einheitlichen biologischen Wesens. Dieses biologische Wesen ist aber "unique": es hat gleiches biologisches Aussehen und Chromosomensatz. Wenn also die sogenannte "biologische Grundlage" unique ist, muß es als eine überzogene Ausdrucksweise gewertet werden, wenn man eine "unique personality" einfach abstreitet.

Es ist nun ein bemerkenswertes Element in Sullivans Konzept, daß er sich an dieser Stelle selbst widerlegt. Wenn er in seiner theoretischen Arbeit das Subjekt wertlos werden läßt, so rettet er es umso mehr durch seine Praxis. In der Therapie läßt Sullivan sein Gegenüber nicht nur biologisch, sondern auch sozial "unique" sein. Erinnern wir uns an Sullivans Ausführungen über den Begriff Mutterbindung¹¹⁾: jeder seiner Patienten hatte seine je eigene Bindung an die Mutter; es ist Aufgabe der Therapie, die besondere, subjektive Gestalt dieser Bindung als Teil der individuellen Lebensgeschichte des Patienten herauszuarbeiten. Aus diesem Grund ist der allgemeine Begriff Mutterbindung für die individuelle Therapie wertlos. Die oben zitierte Kritik von D. Wyss trifft somit für den Bereich interpersonaler Therapie genau das Gegenteil des wahren Sachverhalts. Der hier angesprochene Widerspruch zwischen Theorie und Praxis wird noch einmal deutlich darin, daß Sullivan eine weitere Erkenntnis Freuds radikalisiert. In gleicher Weise wie Freud in seiner Theorie auf das Subjekt ausgerichtet war, so richtete er in seiner Therapie den Blick ausschließlich auf den Patienten. Die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung diente einzig dazu, den Arzt als Person aus dem therapeutischen Prozeß herauszuhalten. Der Arzt sollte als Leinwand und Spiegel wirken. Sullivan hingegen zieht aus der Existenz von Übertragung und Gegenübertragung

die Konsequenz, daß der Arzt a l s P e r s o n Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist. Der Arzt kann nur als Subjekt mit eigener Wahrnehmung, Emotion und Bewußtsein wirksam sein; er unterscheidet sich vom Patienten einzig im Wissen um diese Elemente; neben seinem Wissensvorsprung aber sind seine psychischen Manifestationen, Verhaltens- und Erlebensweisen intim verzahnt mit den Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten. Genau diese intime Verzahnung und deren allgemeine Gültigkeit meint Sullivan mit seiner "illusion of the uniqueness of personality" - das in der Theorie suspendierte Subjekt kehrt in der Sullivanschen Praxis bereichert wieder. In der Konzeption des teilnehmenden Beobachters finden sich beide Elemente: Selbstrepräsentanz und die Fähigkeit, in der Beziehung zum andern die starren Selbstgrenzen aufzugeben, ohne sich darin zu verlieren. Für den Patienten hat dies die Konsequenz, daß er Objekt und Partner zugleich ist.

Die Widersprüchlichkeit der Interpersonalen Psychiatrie, wie sie im einzelnen oben dargestellt ist, verweist auf die schwache Stelle in Sullivans Konzept: als umfassende Erklärung menschlichen Verhaltens reicht der Blick auf die zwischenmenschlichen Prozesse allein nicht aus. Es zeigt sich ja, daß Sullivan mehrfach, wenn auch unausgesprochen, auf den intrapsychischen Standpunkt Freuds zurückgreifen muß. Er kann sein Bemühen, Begriffe streng im Rahmen des Beobachtbaren zu bilden, nicht immer durchhalten. Zum Beispiel bemüht er sich offensichtlich, durch die Begriffe "overt" und "covert" die Begriffe "bewußt" und "unbewußt" zu vermeiden. Er muß jedoch bei der Erläuterung seines Sublimierungsbegriffs auf die Konzeption des Unbewußten explizit zurückkommen, andernfalls dieser Begriff gar nicht verständlich wäre¹²⁾.

Die vorstehenden Erörterungen sollten zeigen, daß Sullivan mit seinem psychiatrischen Konzept insgesamt der Psychoanalyse verpflichtet ist. Er selbst hat diese Tatsache an mehreren Stellen betont¹³⁾. Darüber hinaus wird sie in Sullivans Lebensgeschichte deutlich. Über seine Lehranalytikerin, Clara Thompson, hatte er mittelbaren Kontakt zur Psychoanalyse in Europa: Sullivan und Clara Thompson hatten einen "Pakt" geschlossen, demzufolge Clara Thompson für ein Jahr nach Europa gehen sollte, um sich dort analysieren zu lassen; nach ihrer Rückkehr sollte sie dann Sullivan analysieren. Clara Thompson unterzog sich daraufhin bei Sandor Ferenczi einer Analyse; ab 1930 erhielt Sullivan dann seine regelrechte analytische Ausbildung bei ihr.

Nach Zwistigkeiten mit anderen Analytikern, von denen in den dreißiger Jahren viele aus Europa in die USA übergesiedelt waren, gründete Sullivan 1936 die "Washington School of Psychiatry"¹⁴⁾.

Auf dem Hintergrund dieser Auseinandersetzungen dachten manche lange Zeit, die Lehre Sullivans entspräche nur einem Geplänkele zwischen Analytikern. Tatsächlich ist diese Lehre aber eingedrungen in die Praxis der Psychiatrie in den USA; von ihr ist eine erhebliche historische Wirkung ausgegangen, die zum gedanklichen und begrifflichen Gebäude der "Social School of Psychoanalysis", z.T. auch "Psychiatry" geführt hat.

Dem Einfluß Sullivans auf die Arbeiten von z.B. F. Fromm-Reichmann, John N. Rosen, M. Sechehaye, G. Schwing und H.F. Searles kann hier nicht nachgegangen werden¹⁵⁾. Weiterentwicklungen der Interpersonellen Psychiatrie finden sich für die jüngste Vergangenheit in den Arbeiten von Watzlawick et alii; zu erwähnen ist auch das sehr einflußreiche und weitverbreitete Lehrbuch von George L. Engel, das viel gelesen wird¹⁶⁾. Ehe wir auf die Ähnlichkeiten

zwischen der Interpersonalen Psychiatrie und der pragmatischen Kommunikationstheorie nach Watzlawick eingehen, sowie für den deutschsprachigen Bereich die Berührungspunkte zwischen den Arbeiten A. Lorenzers und Sullivans aufzeigen wollen, sei kurz auf die Bedeutung der Interpersonalen Psychiatrie für die hiesige Praxis von Psychiatrie bzw. Psychosomatik verwiesen.

Für die deutschsprachige Psychiatrie ist die Erkenntnis Sullivans von entscheidender Bedeutung, daß der Psychiater - ob er nun will oder nicht - immer in einem psychosozialen Bezugssystem handelt, aus dem er sich nicht heraushalten kann. Es wird somit klar, daß jedes aktive oder passive Verhalten des Psychiaters in Beziehung zum Verhalten des Patienten zu sehen ist. Die oben angesprochene intime zwischenmenschliche Verzahnung zwischen Arzt und Patient bewirkt, daß z.B. Angst oder Aggression des Patienten nicht diesem allein zugeschoben werden können, sondern ebenso Sache des Arztes sind. Dieses "wunderbare Wechselspiel" hat nicht nur Gültigkeit für den Bereich der Psychiatrie, sondern für jedwede ärztliche Sprechstunde eingeschlossen die psychosomatische Sprechstunde.

Mit dieser Erkenntnis löst sich der mancherorts immer noch vorherrschende Gegensatz von klinischer Psychiatrie und Psychoanalyse auf. Sullivan hat in seiner synthetischen Schizophrenielehre die Künstlichkeit dieses Gegensatzes gezeigt. Dies gilt sowohl für den Bereich der Theorie als auch für die therapeutische Praxis. Mit seinem ganzheitlichen Konzept zerstört Sullivan jegliche Legitimation, entweder ausschließlich auf genetischen Faktoren als Krankheitsätiologie zu beharren, oder diese gänzlich zu verleugnen. Biologische Grundlage und gesellschaftliche Sozialisation sind keine Gegensätze, sondern immer nur miteinander vermittelt zu verstehen. Sullivan hat den sozialen Aspekt in die Medizin integriert, ohne den biologischen zu suspendieren.

In der Folge lassen sich im Bereich psychiatrischer Behandlung biologisch-pharmakologische Therapie und interpersonale Methode, letztlich Psychoanalyse, nicht mehr trennen. Jede psychiatrische, psychosomatische und allgemein ärztliche Sprechstunde muß bio-psycho-sozial gestaltet werden. Dazu gehört u.a. der Blick auf die zwischenmenschlichen Verhältnisse, in denen der jeweilige Patient lebt. Der Patient kann in zweifacher Hinsicht nicht mehr isoliert betrachtet werden: einmal steht das Hier und Jetzt der Arzt-Patient-Beziehung im Mittelpunkt des Interesses; zum andern verweist diese auf die sonstigen zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, in denen die individuelle Pathologie ihren Grund haben mag. So kann, um ein Beispiel aus der Psychosomatik zu nehmen, die Sexualstörung eines Patienten aus der Störung des Partners zu erklären sein: die zu weite Vagina der Frau z.B. mag zu verstehen sein aus der Psychopathologie des Mannes. Der Arzt kann somit nicht mehr das vorgebrachte Symptom als isoliertes angehen, sondern muß es im familiären Zusammenhang untersuchen und behandeln. Die in letzter Zeit in Gang gekommene intensive Familienforschung geht in ihren Anfängen auf Sullivan zurück. Wenn der Arzt auf diese Weise die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten untersucht, wird ihm die generelle Bedeutung von Kommunikation deutlich. Die Erkenntnis Sullivans, wie sehr Kommunikation in ihren sprachlichen und unsprachlichen Aspekten unser Leben bestimmt, ist für die hiesige Psychiatrie von entscheidender Nützlichkeit. Die Untersuchung der kommunikativen Bedeutung von psychopathologischen Krankheitsbildern erweitert die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Selbst schwerste psychotische Symptome, wie z.B. der katatone Mutismus, werden verstehbar und über die pharmakologische Therapie hinaus behandelbar, wenn der Psychiater ihren kommunikativen Charakter berücksichtigt.

Von hier aus sei eine Brücke geschlagen zur Pragmatischen Kommunikationstheorie nach Watzlawick et alii. Nachfolgend soll es sich nicht darum handeln, einen dezidierten Vergleich zwischen den Arbeiten Sullivans und Watzlawicks zu ziehen. Vielmehr soll beispielhaft durch die Darstellung der grundlegenden Ähnlichkeiten zwischen beiden gezeigt werden, daß die Interpersonale Schule bis in die aktuelle Diskussion hinein historisch wirksam geworden ist. Darüber hinaus sollen die entscheidenden Unterschiede zwischen beiden Konzepten benannt werden. Auf diese Weise werden die Besonderheiten Sullivanscher Psychiatrie nochmals deutlich - besonders im Hinblick auf ihre Nützlichkeit für die hiesige Psychiatrie.

Grundlage der folgenden Erörterungen bildet das Buch "Menschliche Kommunikation", welches die wohl bekannteste Darstellung der Pragmatischen Kommunikationstheorie ist.

Die Pragmatische Kommunikationstheorie setzt die Interpersonale Psychiatrie voraus. Wenn Watzlawick et alii als wesentliche Neuerung ihrer Theorie die "Anwendung kybernetischer Prinzipien auf zwischenmenschliche Beziehungen"¹⁸⁾ angeben, so müssen die zwischenmenschlichen Beziehungen als hinreichender Untersuchungsgegenstand erst einmal erkannt sein. Es war Aufgabe der vorliegenden Arbeit, diese Entdeckung als Leistung Sullivans zu würdigen. Watzlawick et alii erwähnen Sullivan jedoch mit keinem Wort. Gleichzeitig übernehmen sie aber das Grundanliegen der Interpersonalen Psychiatrie, sich von den Verdinglichungen einer individualistisch eingeschränkten Psychologie abzuwenden:

"Die Phänomene, die in den Wechselbeziehungen zwischen Organismen im weitesten Sinne des Wortes (Zellen, Organe, Organsysteme, komplexe elektronische Netze, Tiere, Personen, Familien, wirtschaftliche oder politische Systeme, Kulturen, Nationen usw.) auftreten, unterscheiden sich grundsätzlich und wesentlich von den Eigenschaften der

beteiligten Einzelorganismen. Während diese Tatsache in der Biologie und den ihr verwandten Disziplinen unbestritten akzeptiert wird, fußt die menschliche Verhaltensforschung noch weitgehend auf monadischen Auffassungen vom Individuum und auf der ehrwürdigen wissenschaftlichen Methode der Isolierung von Variablen. Dies wird besonders augenfällig, wenn ein sogenanntes gestörtes (psychopathologisches) Verhalten zum Gegenstand der Untersuchung wird. Werden solche Verhaltensformen in künstlicher Isolierung gesehen, so steht zwangsläufig die Frage nach der *N a t u r* dieser Zustände und damit im weiteren Sinn nach dem *W e s e n* der menschlichen Seele im Vordergrund. Wenn aber die Grenzen dieser Untersuchung weit genug gesteckt werden, um die Wirkungen eines solchen Verhaltens auf andere, die Reaktionen dieser anderen und den Kontext, in dem all dies stattfindet, zu berücksichtigen, so verschiebt sich der Blickpunkt von der künstlich isolierten Monade auf die *B e z i e h u n g* zwischen den Elementen größerer Systeme. Das Studium menschlichen Verhaltens wendet sich dann von unbeweisbaren Annahmen über die Natur des Psychischen den beobachtbaren Manifestationen menschlicher Beziehungen zu.

D a s M e d i u m d i e s e r M a n i f e s t a t i o n e n i s t d i e m e n s c h l i c h e K o m m u n i k a t i o n ."¹⁹⁾

Abkehr von unbeweisbaren Annahmen über die Natur des Psychischen und Beschränkung auf das Beobachtbare in *B e z i e h u n g e n* zwischen Menschen sind genau diejenigen Grundforderungen, welche Sullivan an seine wissenschaftliche Psychiatrie richtet. Watzlawick et alii übernehmen diese Grundforderungen als Voraussetzung für ihre Kommunikationstheorie. Auch die identische Verwendung der Begriffe Kommunikation und Verhalten, wie Watzlawick et alii sie vornehmen²⁰⁾, fußt auf einer Einsicht Sullivans. Sullivan

erklärt, daß jedes menschliche Verhalten entweder unmittelbaren oder mittelbaren Bezug zu anderen habe. Dieser Bezug wird mitgeteilt durch Gestik, Tonfall der Sprache usw. Jedes menschliche Verhalten ist somit sprachliches Verhalten im weitesten Sinne: es besteht aus expressiver Gestik (Schweigen eingeschlossen) und denotativer Sprache. Watzlawick et alii geben dem Kind zunächst einmal nur einen anderen Namen, indem sie für diese Erkenntnis Sullivans den Begriff Kommunikation verwenden: "Es muß ferner daran erinnert werden, daß das "Material" jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes - kurz, Verhalten jeder Art."²¹⁾ Das daraus folgende "metakommunikative Axiom": "Man kann nicht nicht kommunizieren"²²⁾ stellt eine pointierte Formulierung von Gedanken Sullivans dar.

Es sei aber schon an dieser Stelle auf einen Unterschied zwischen beiden Autoren hingewiesen: während Sullivan dieses kommunikative Verhalten als Ergebnis einer Geschichte von interpersonalen Erfahrungen versteht, schließen Watzlawick et alii jeglichen historischen Bezug aus ihrer Kommunikationstheorie aus. Bei ihnen handelt es sich rein positivistisch darum, die erwähnten Phänomene zu registrieren, ohne nach deren Genese zu fragen.

Die folgende "Anwendung kybernetischer Prinzipien auf zwischenmenschliche Beziehungen" stellt dann eine tatsächliche Weiterentwicklung der Interpersonalen Psychiatrie dar. Die Pragmatische Kommunikationstheorie versucht, den Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen wissenschaftlich genau zu erfassen, indem sie Termini aus einer "exakten" Disziplin gebraucht. Sie steht damit in der Tradition Sullivans, der scharfe Begriffsbildung als *Conditio sine qua non* jeglicher Wissenschaft verstand. Mehrere dieser

kybernetischen Formulierungen basieren dabei auf Theoremen Sullivans. So ist z.B. die These, daß zwischenmenschliche Systeme als Rückkopplungskreise angesehen werden können, "da in ihnen das Verhalten jedes einzelnen Individuums das jeder anderen Person bedingt und seinerseits von dem Verhalten aller anderen bedingt wird"²³⁾, vergleichbar Sullivans "Theorem of Reciprocal Emotion". Nach Sullivan ist jede Integration in einer zwischenmenschlichen Situation ein reziproker Prozeß. Der negativen Rückkopplung, wie die Pragmatische Kommunikationstheorie sie beschreibt, entspricht dabei die Lösung der gegenseitigen Bedürfnisse im Konzept Sullivans. In diesem Falle wird ein Gleichgewicht hergestellt. Der positiven Rückkopplung entspricht die Anspannung der gegenseitigen Bedürfnisse, die in einer Störung des Gleichgewichts resultiert²⁴⁾.

Der Begriff "Redundanz" hat Ähnlichkeit mit Sullivans "pattern of processes which characterize the interaction of personalities in particular recurrent situations"²⁵⁾. Redundanz ist praktisch gleichbedeutend mit dem Begriff Struktur. Die Struktur einer zwischenmenschlichen Beziehung ist das Resultat eines Anpassungsprozesses an die Umwelt: "Wenn ein System mit der Fähigkeit ausgestattet ist, einmal geleistete Anpassungen für künftige Anwendung zu speichern, so bringt dies eine drastische Veränderung in der Wahrscheinlichkeit seiner Verhaltensabläufe mit sich. Während die Konfigurationen der Teilsysteme des Homöostaten sich regellos folgen..., verschiebt sich in einem solchen System die Wahrscheinlichkeit seines Verhaltens in dem Sinn, daß gewisse Verhaltensformen häufiger auftreten und dann wahrscheinlicher werden als andere."²⁶⁾

Für diesen Vorgang kennt die Informationstheorie den Begriff "stochastischer Prozeß"; stochastische Prozesse zeigen "Redundanz", sie haben eine bestimmte Struktur. Diese Struktur muß keinen besonderen Sinn besitzen, denn sie resultiert einzig aus zufälligen Anpassungsprozessen an die Umwelt.

Das charakteristische, wiederholte "pattern of processes" ist ebenso ein Resultat von Anpassungen an die Umwelt. Dennoch herrscht an dieser Stelle eine entscheidende Differenz zwischen der Pragmatischen Kommunikationstheorie und der Interpersonalen Psychiatrie. Die Pragmatische Kommunikationstheorie macht folgende Aussage: die Zufälligkeit und "Sinnlosigkeit" von Redundanz in zwischenmenschlichen Beziehungen zeigt sich in der Tatsache, daß Menschen kommunizieren können, ohne über eine bewußte Kenntnis der Regeln von Kommunikation zu verfügen. "Wir sind wie eingesponnen in Kommunikation und sind doch - oder gerade deshalb - fast unfähig, über Kommunikation zu kommunizieren."²⁷⁾ Weil Menschen aufgrund von Redundanz kommunizieren können, ohne über die metakommunikativen Regeln informiert zu sein, reicht zur Klärung der Struktur zwischenmenschlicher Beziehungen die Identifikation "komplexer Redundanzstrukturen" aus. Die "Gründe" für das jeweilige zwischenmenschliche Verhalten werden damit unbedeutend. Es geht einzig um das "Wie", nicht um das "Warum". Ein unbeteiligter Beobachter kann dieses "Wie" nach einiger Zeit der Betrachtung eindeutig erkennen. Entsprechend einem Beobachter, der die Regeln eines Schachspiels nach einiger Zeit des Zuschauens verstehen kann, ohne daß er selbst das Spiel kennt, ist der Kommunikationsforscher in der Lage, ohne Kenntnis der beteiligten Individuen die Regeln einer zwischenmenschlichen Kommunikation zu entdecken. Mit den Redundanzen identifiziert er das Regelsystem, das "Kalkül" der Beziehung. Das "Kalkül" ist verständlich, ohne daß seine Genese bekannt wäre. Aus diesem Grund ist es für den Kommunikationsforscher einzig erforderlich, die Strukturen im Hier und Jetzt der Beziehung aufzusuchen. Ursache und Wirkung dieser Strukturen werden unbedeutend, da die Kommunikationsabläufe kreisförmig sind. Allein "Eingabe" und "Ausgabe" ("input-output-relations") in diese kreisförmigen Kommunikationsstrukturen bedürfen einer Beobachtung. Intrapsychisches, als "Black Box" dekla-

riert, wird damit irrelevant. In der Folge ist das psychopathologische Symptom "als Eingabe in das System der Beziehung s t a t t (Sperrung von mir, H.B.) als Ausdruck intrapsychischer Konflikte zu sehen."²⁸⁾

Diese Ausführungen differieren in mehrfacher Hinsicht vom Konzept Sullivans: die "komplexen Redundanzstrukturen" sind ohne Sinn, also geschichtslos. Ihre Herkunft interessiert nicht. Sullivans "pattern of processes" hingegen entstammt einer Geschichte von interpersonalen Beziehungen. Die therapeutische Konsequenz heißt, daß mittels des Hier und Jetzt der Beziehung charakteristische Verhaltensstrukturen aus der Vergangenheit geklärt werden.

Mit der Suspension von Geschichte verschwindet konsequenterweise das Subjekt völlig aus der Pragmatischen Kommunikationstheorie. Sullivan spricht zwar auch von der "illusion of the uniqueness of personality", aber seine Therapie richtet sich - wie oben gezeigt²⁹⁾ - letztlich auf den jeweiligen Patienten in dessen subjektiver Geschichte. Sullivans Praxis ist um Subjekte zentriert. Wenn Sullivan das "pattern of processes" abklären will, so dient ihm diese Methode ausschließlich dazu, individuelles Erleben in seiner Verzahnung mit dem Erleben des anderen zu erforschen. Der Arzt beteiligt sich notwendigerweise als Subjekt an diesem Prozeß. Der Arzt kann nur als teilnehmender Beobachter handeln. Watzlawick et alii hingegen beharren auf der Position des distanzierten Beobachters, der komplexe Redundanzstrukturen aufsucht. Damit ontologisiert die Pragmatische Kommunikationstheorie menschliche Beziehungsstrukturen. Sie verdinglicht diese Strukturen, gibt ihnen ein Eigenleben außerhalb des Lebens konkreter Individuen. Sie fällt auf diese Weise hinter ihre eigenen Forderungen zurück. Das Konzept des teilnehmenden Beobachters hingegen vermeidet solche Ontologisierung, da das zwischenmenschliche "pattern of processes" niemals getrennt werden kann von den handelnden Personen.

Somit wird ein weiterer Unterschied zwischen beiden Theorien deutlich: in der Interpersonalen Psychiatrie beteiligt sich der Arzt emotional an der Beziehung zu seinem Patienten. Die Interpersonale Psychiatrie ist notwendigerweise eine Theorie der zwischenmenschlichen Emotionen. Die Pragmatische Kommunikationstheorie hingegen erforscht das zwischenmenschliche Kalkül. Das Kalkül nun ist naturgemäß emotionslos. Selbst dort, wo in der Pragmatischen Kommunikationstheorie Emotionen beschrieben werden - z.B. in der Unterscheidung von Inhalts- und Beziehungsaspekt³⁰⁾ - dienen sie nur der Erhellung des Kalküls. Der unbeteiligte Arzt betreibt - pointiert ausgedrückt - Mathematik der zwischenmenschlichen Beziehungen. Er kann dies nur mit Hilfe des Zauberkunststücks, zwischenmenschliche Beziehungen in ontologisierte Strukturen zu verwandeln.

Die Pragmatische Kommunikationstheorie steht insgesamt in einem zwiespältigen Verhältnis zur Interpersonalen Psychiatrie: sie baut auf der Interpersonalen Psychiatrie auf und entwickelt diese weiter, indem sie bestimmte Gesetzmäßigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen präziser erkennt. Zum einen besteht die Weiterentwicklung in reiner Begriffsarbeit: so hat die Unterscheidung von digitaler und analoger Kommunikation³¹⁾ grundsätzlich den gleichen Inhalt wie die Unterscheidung von syntaxischer und parataxischer Erfahrung. Sowohl digitale Kommunikation als auch syntaxische Erfahrung ("consensual validation") bezeichnen eine semantische Übereinkunft. In gleicher Weise drücken analoge Kommunikation bzw. parataxische Erfahrung ("parataxische Verzerrung") primitive Beziehungsmuster aus.

Zum andern fügen Watzlawick et alii neue Erkenntnisse, wie z.B. die "Double-Bind-Theorie", in ihr Konzept ein. Neben anderen sind auch ihr metakommunikatives Theorem und die Paradoxien zu nennen. Weitere theoretische Neuerungen, wie z.B. die Unterscheidung von symmetrischen und komplen-

tären Kommunikationsabläufen³²⁾, werden von Sullivan in anderem Zusammenhang ähnlich beschrieben. So ähnelt die symmetrische Kommunikation demjenigen Verhalten, welches Sullivan für die Juvenile Era geltend macht. Hier herrschte der Wettbewerb. Watzlawick et alii geben als Beispiel gegenseitige Prahlerei³³⁾. Die komplementäre Kommunikation gleicht präadoleszentem Verhalten: gegenseitige Unterschiedlichkeiten ergänzen sich.

Neben der Weiterentwicklung fällt die Pragmatische Kommunikationstheorie aber auch hinter die Interpersonale Psychiatrie zurück, wie die Gegenüberstellung von symmetrischer/komplementärer Kommunikation und Verhalten in Juvenile Era/Preadolescence gut exemplifiziert: Sullivan beschreibt in geschichtlichem Zusammenhang, Watzlawick et alii ontologisieren zwischenmenschliche Beziehungen zu ahistorischen Strukturen. Damit wird das Salz zwischenmenschlicher Beziehungen schal: Emotionen spielen keine Rolle mehr; wenn, dann allenfalls zu Zwecken des Kalküls. So wird auch der Arzt in eine Position gedrängt, die noch vor Freud liegt. Er bleibt distanzierter Beobachter und kennt nicht einmal mehr Übertragung und Gegenübertragung. Es kommt Watzlawick et alii nicht der Gedanke, daß der Arzt z.B. bei der Ehepaartherapie in Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse verwickelt werden könnte. Von wunderbarem Wechselspiel zwischen Arzt und Patient sprechen sie dann erst recht nicht.

Neben dem Einfluß auf die Pragmatische Kommunikationstheorie finden sich weitere aktuelle Bezüge in der Wirkungsgeschichte Interpersonaler Psychiatrie. Als ein Beispiel, das für den deutschen Sprachraum von Bedeutung ist, seien die Arbeiten Alfred Lorenzers genannt. Lorenzers Konzept von "Sprachzerstörung und Rekonstruktion"³⁴⁾ stimmt in wesentlichen Einzelheiten mit dem interpersonalen Konzept Sullivans überein. Diese inhaltliche Deckungsgleichheit sei nachfolgend kurz angedeutet. Eine detaillierte Untersuchung der Übereinstim-

mungen und Unterschiede zwischen Lorenzer und Sullivan kann hier jedoch nicht geleistet werden, weil damit Absicht und Zweck der vorliegenden Arbeit überschritten würden.

Lorenzer geht aus von der Frage: "Was für eine Wissenschaft ist Psychoanalyse?"³⁵⁾. Er knüpft damit an den Endpunkt seiner Überlegungen in der "Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs" an, welche mit der Frage schließen: "... - worauf gründet dann die wissenschaftliche Validität ihrer (d.i. der Psychoanalyse) Theorie?"³⁶⁾. Um im wissenschaftlichen Sinne bestehen zu können, muß Lorenzer zufolge die Psychoanalyse ihre einzelwissenschaftliche Isolierung aufheben, es geht "um die Auflösung der Trennung psychoanalytischer Begriffe von denen anderer Sozialwissenschaften."³⁷⁾ Das erfordert eine B e g r i f f s a r b e i t, welche den mystifizierenden Charakter der psychoanalytischen Begriffe auflöst und so "deren Wahrheitsgehalt Schritt für Schritt aus dem bornierten Theorierahmen"³⁸⁾ freilegt. Dabei kann es weder darum gehen, der Psychoanalyse einen Platz in einer positivistisch organisierten Wissenschaftstheorie zuzuweisen, noch kann es sich darum handeln, eine linguistische Untersuchung durchzuführen³⁹⁾. Vielmehr versteht Lorenzer seine Überlegungen "als Beitrag zur Auflösung der Abschirmung gegenüber der Dialektik von Individuum und Gesellschaft" und als "Versuch einer dialektischen Auseinandersetzung in Richtung auf eine metatheoretische Bestimmung psychoanalytischer Theorie und psychoanalytischer Praxis und d.h.: nicht als positivistisch-wissenschaftstheoretische Weiterentwicklung ihrer Begriffe."⁴⁰⁾ Maßstab dieses Vorhabens ist dabei die p s y c h o a n a l y t i s c h e P r a x i s. Somit "kann nicht davon ausgegangen werden, was die Psychoanalyse - ihrem eigenen Selbstverständnis nach - 'ist', sondern davon, 'was der Psychoanalytiker macht'."⁴¹⁾

Diese Grundfragen bilden ebenso das Fundament der Interpersonalen Psychiatrie. Wir haben im vorausgegangenen Teil dieser Arbeit gesehen, daß Sullivan psychoanalytische Begriffe in Hinsicht auf ihre wissenschaftliche Validität neu formuliert. Es ist dabei deutlich geworden, daß aus diesem Unternehmen nicht eine bloße Paraphrase resultiert; vielmehr gewinnen Sullivans Begriffe einen neuen Inhalt durch die Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungen. Mehr noch: Sullivans Interpersonale Psychiatrie hebt die einzelwissenschaftliche Isolierung der Psychoanalyse auf, indem sie Biologie, Soziologie und Psychologie zu einer dynamischen Ganzheitswissenschaft vereint. In der Berücksichtigung des biologischen Feldes leistet sie ein Stück mehr als die von Lorenzer angestrebte "Aufhebung der schlechten Dichotomie von Psychologie und Soziologie"⁴²⁾. Sie zeigt, ganz im Lorenzerschen Sinne, daß und wie "subjektive Bildungsprozesse als zugleich objektiv bestimmte zu denken sind."⁴³⁾ Dabei gehören biologische Determinanten explizit zu ihrem Konzept, während sie bei Lorenzer nur benannt sind⁴⁴⁾.

Wir haben weiterhin gesehen, daß die Begriffsarbeit Sullivans ausschließlich aus der teilhabenden Beobachtung erwächst. Sullivan gewinnt seine Begriffe aus der Reflexion auf die eigenen Gedanken und Emotionen in der Beziehung zu seinem Patienten. Wissenschaftliche Begriffsbildung kann ihm zufolge ausschließlich aus der psychiatrischen Praxis, der Teilnahme des Psychiaters am zwischenmenschlichen Prozeß mit seinem Patienten erwachsen. Genau dieses Verfahren benennt Lorenzer, wenn er als Ausgangspunkt die Frage stellt, was der Psychoanalytiker macht. Sowohl bei Sullivan als auch bei Lorenzer ist der Prüfstein der Theorie die psychiatrische Praxis, oder umgekehrt: die wissenschaftliche Theorie drückt ausschließlich die zwischenmenschlichen Erfahrungen in der psychiatrischen/psychoanalytischen Praxis aus. Die Theorie ist somit verankert in Empirie.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Sullivan und Lorenzer besteht allerdings hinsichtlich der Parteilichkeit beider Konzepte. Lorenzer versteht seine Untersuchung als Bestandteil einer materialistischen Sozialisationstheorie, welche "die Deformation der Individuen unter dem Druck gegenwärtiger Produktionsverhältnisse in konkreter politökonomischer Analyse faßbar" machen soll⁴⁵⁾, und die geforderte Begriffsbearbeitung dient der Auseinandersetzung von Psychoanalyse und historischem Materialismus⁴⁶⁾. Sullivan hingegen untersucht das Wechselspiel von Individuum und Kultur nicht mit einem marxistischen Ansatz. Seine Interpersonale Psychiatrie leistet zwar Kulturkritik, z.B. in Bezug auf die "archaische Sexualkultur" oder hinsichtlich der kulturell vorherrschenden Widersprüche, welchen das Kind sich durch die unterschiedlichsten elterlichen Anforderungen ausgesetzt sieht. Diese Kritik ist jedoch nicht dem historischen Materialismus verpflichtet. Sullivan vertritt vielmehr den Standpunkt eines Liberalen.

Als solcher übt er zwar Kulturkritik, er will jedoch gleichzeitig keiner Ideologie verfallen, wie sie z.B. der historische Materialismus darstellt⁴⁷⁾. Der gleichlautende Ansatz, die altbekannten Sachverhalte in wissenschaftlich validen Begriffen neu zu formulieren, dient somit bei Sullivan und Lorenzer verschiedenen Zielen. Dessen ungeachtet stimmt jedoch die Analyse der psychoanalytischen Tätigkeit, wie Lorenzer sie vornimmt, in mehreren Details mit der Sullivanschen Darstellung psychiatrischer Therapie überein. Ihre Gemeinsamkeit besteht grundsätzlich in der Betonung von Sprache als Ausdruck individueller Lebensgeschichte.

Gegenstand der psychoanalytischen Forschung ist Lorenzer zufolge die "Schicht der Symbole"⁴⁸⁾, d.h. die bewußten Repräsentanzen des Patienten⁴⁹⁾. Indem der Analytiker die Mitteilungen des Patienten hört, fragt er nach dem Sinn der Aussagen, nicht nach der Tatsächlichkeit; "die Erkenntnis

verharrt bei der 'Bedeutung' der Sprachzeichen unter Vernachlässigung der 'Realität' des Bezeichneten."⁵⁰⁾ Diese Erkenntnis vollzieht sich zweifach: einmal als "logisches Verstehen" im Sinne von Sinne von syntaktischer Richtigkeit der Sätze, zum andern als "Nacherleben" dessen, was der Patient meint. Die Schwierigkeit der psychoanalytischen Verständnisbildung gründet in der Tatsache, daß gleiche Sprachzeichen nicht immer den gleichen Inhalt meinen. In der Sprache des Patienten, welche die Artikulation seiner Lebenserfahrungen ist, drückt sich seine jeweilige Individualität aus. Die Lebenserfahrungen geben den allgemein gültigen Sprachzeichen ihren individuellen Akzent. Daraus erwächst das individuelle Symbolsystem des Patienten, und somit gilt für den psychoanalytischen Prozeß: "Die Individualität, die erkannt werden soll, ist die 'Eigentümlichkeit' des Symbolsystems des Patienten insgesamt - und d.h. en détail: die Besonderheit der Bedeutungen innerhalb des allgemeinen Bedeutungshofes."⁵¹⁾ Analytiker und Analysand verständigen sich dabei zunächst im gemeinsamen B e s i t z v o n S ä t z e n, welcher dem Analytiker die Erfassung des logischen Sinns der Mitteilungen ermöglicht. Analytiker und Analysand gehören einer Sprachgemeinschaft an, und somit stimmen sie im logischen Gebrauch der Sprachzeichen überein. Auf diese Weise vollzieht sich das "logische Verstehen". Es sichert den allgemeinen Bedeutungshof, z.B. des Worts "Pferd". Allerdings ermöglicht das logische Verstehen nicht die Erkenntnis der besonderen Bedeutung von "Pferd", wie sie im Symbolsystem des Patienten vorherrscht. Das logische Verstehen reicht nur soweit, wie die Sprachgemeinschaft reicht. Über die Erfassung der Zeichen, welche keinen affektiven Gehalt haben, hinaus muß das individuelle Symbolsystem erfaßt werden, welches der logischen Struktur der Zeichen die individuelle, affektive Bedeutung beigibt. Ein Verständnis über den logischen Sinnzusammenhang hinaus findet sich im "Nacherleben", d.h. psychologischen Verstehen. Einen Zugang zu der Eigentümlichkeit des Symbolsystems eröffnen die "Gesten" des Patienten, welche die Mit-

teilung der Sprachzeichen begleiten. Die "wirkliche" Bedeutung der Geste bleibt jedoch unverbürgt, da sie vorgetäuscht sein kann. So z.B. ist nicht sicher zu entscheiden, ob das mit der Mitteilung "ich bin trauig" verbundene Weinen einer wirklichen emotionalen Verfassung oder nur guten schauspielerischen Fähigkeiten entstammt. Eine zuverlässige Kenntnis des Fremdpsychischen läßt sich folglich sowohl durch "logisches Verstehen" als auch "Nacherleben" nicht erreichen. Die Gemeinschaft von Analytiker und Analysand beruht bei beiden Verstehensformen auf kommunizierten Antizipationen, welche ein Evidenzgefühl im Sinne von "aha, so ist es" hervorrufen. Das heißt gleichzeitig, daß "auf beiden Wegen nur soweit verstanden werden (kann), als man schon verständigt ist."⁵²⁾ Das Unbewußte, welches als *K l i s c h e e* nicht-symbolisch und aus der Sprache ausgeschlossen ist⁵³⁾, kann damit nicht erfaßt werden. "Qua Neurotiker steht der Patient außerhalb der Sprachlichkeit"⁵⁴⁾, und somit kann das Verdrängte, "Desymbolisierte" an seinen Mitteilungen weder durch "logisches Verstehen", noch durch "Nacherleben" ermittelt werden. Das Verständnis der unbewußten Gehalte wird erst gewonnen im "szenischen Verstehen". Dabei ist die Brücke zwischen sprachlicher Symbolik und nicht-symbolischem Klischee der Entstehungsort von Sprache in der frühkindlichen Entwicklung. Lorenzer übernimmt G.H. Meads Überlegungen über die Geste als signifikantes Symbol: "...die Geste...wird... zu dem, was wir 'Sprache' nennen. Sie ist nun ein signifikantes Symbol und bezeichnet eine bestimmte Bedeutung"⁵⁵⁾. Lorenzer konkretisiert diesen Vorgang, indem er ihn interpersonal faßt: bestimmte, strukturierte, aber vorsprachliche Interaktionsformen werden bei der Einführung in Sprache mit einem Prädiktor versehen; sie werden zu symbolischen Interaktionsformen. Die Inhalte des Es sind bestimmte Interaktionsformen, welche vorsprachlich, jedoch nicht außersprachlich sind. Es sind strukturierte Szenen, welche noch nicht benannt sind, jedoch in Sprache überführt werden können. Psychoanalytisches Verstehen hat somit den umgekehrten Weg zu gehen: über

die Erfassung der Sprache muß es vordringen zu den zugrunde liegenden Interaktionsszenen. Diese sind beim Patienten als Vorstellungen bzw. Phantasien wirksam. Sie kehren wieder in der Übertragungssituation: indem der Analytiker die "Szene" zwischen sich selbst und dem Patienten versteht, findet er einen Weg zu der verborgenen infantilen "Szene". In der aktuellen Übertragungssituation bricht die Gesetzmäßigkeit von Interaktionsmustern durch, und das Verstehen dieser Interaktionsmuster erbringt das Evidenzerlebnis im "szenischen Verstehen." Dabei wurzelt das Verständnis der aktuellen und der infantilen Szene "in den übereinstimmenden Interaktionsmustern bei Analytiker und Analysand."⁵⁶⁾ Diese Übereinstimmung ermöglicht dem Analytiker die "Teilnahme an der Lebenspraxis"⁵⁷⁾ des Patienten. Die neurotische Lebenspraxis ist gekennzeichnet durch eine Desymbolisierung, d.h. als "Zerfall der 'Einheit des Sprachspiel's'..."⁵⁸⁾. Teilnahme an der Lebenspraxis bedeutet mithin für den Analytiker:

- "a) Teilnahme an einem gemeinsamen Sprachspiel mit übereinstimmenden Symbolen,
- b) Teilnahme an einem gemeinsamen Sprachspiel mit Regeln, die ihren Symbolcharakter verloren haben."⁵⁹⁾

Jetzt wird eine zuverlässige Kenntnis des Fremdpsychischen möglich: die Desymbolisierung entspricht der dynamischen Virulenz der unbewußten Klischees; Klischees sind unbewußt, sie üben jedoch gleichzeitig ihre Funktion als unbewußte Repräsentanzen aus. Sie zwingen den Patienten, außerhalb der bewußten Repräsentanzen (Symbole) "in immer gleicher Weise szenisch zu agieren."⁶⁰⁾ Dieser Vorgang bezeichnet nichts anderes als den in der Psychoanalyse schon bekannten Wiederholungszwang. Er bedeutet jetzt: innerhalb der sprachlichen Verständigung "inszeniert" der Patient immer wieder gleichartige Störungsmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen. Deren Regeln beherrschen das Gefüge der Beziehungsstrukturen, gleichzeitig sind sie

jedoch aus der sprachlichen Verständigung ausgeschlossen und nicht bewußt. Diese "Aufspaltung des Sprachspiels" gründet in einer frühkindlichen Sprachzensur: "Die im Bildungsprozeß des Individuums sich entwickelnden Strukturen sind zugleich Strukturen des Handels und der Sprache - so daß beim Verdrängungsprozeß (Lorenzer erwähnt diesen Abwehrvorgang als Beispiel, H.B.) die Strukturen zwar aus der Kommunikation ausgeschlossen werden, ihre Dynamik als Klischees aber bewahren. Das neurotische Verhalten bleibt an die Bildungsprozesse gebunden, die Motive verlieren aber ihren Symbolcharakter, sie werden unzugänglich."⁶¹⁾ Mittels der Übertragung wird diese infantile Situation in der aktuellen Szene zwischen Analytiker und Patient erneut verwirklicht. Übertragung kann somit interpretiert werden als Wiederholungszwang. In der Beziehungssituation zwischen Analytiker und Patient trifft die "Wiedererinnerung der infantilen Szene... mit der Reaktualisierung der affektiven Lage des Patienten zusammen."⁶²⁾ Für den Analytiker gilt dabei: er ist in die Situation des Patienten verflochten und nimmt an der Szene des Patienten teil. "Er kann verstehen, weil er konkordant wie komplementär als Mitspieler in die dramatische Konzeption des Patienten einbezogen ist. Er verkostet die Gegenübertragung der Objekte seines Patienten und er versteht so die Situation des Patienten, die sich, den Akteuren unbewußt, in der Szene verwirklicht. Die Teilhabe am Beziehungsfeld seines Patienten begründet das Verstehen des Analytikers. Die besondere methodische Situation des Analytikers als teilnehmender Beobachter ermöglicht und bestimmt sein besonderes Verstehen."⁶³⁾

Der Analytiker versteht somit i n s i c h s e l b s t das aufgespaltene Sprachspiel des Patienten über den Weg des szenischen Verstehens. Er versteht trotz aller Verwirrung der Symbolschicht die sinnvolle Realität d i e s e s Patienten. Die folgende Deutung des Analytikers ermöglicht es dem Patienten, seine exkommunizierten Klischees in die

Sprache aufzunehmen. Im Zusammenfall von aktueller und infantiler Szene gelingt es dem Patienten, seine affektive Lage sprachlich zu formulieren. Sein "Riß zwischen 'Lebensform' und 'Sprache'"⁶⁴⁾ wird geschlossen. Die "'privatsprachlich' abgesonderten Bedeutungen (können) in die Kommunikation zurückgeholt werden; die Dinge können im Rahmen eines öffentlichen Sprachgebrauchs wieder einen 'Namen' erhalten. Das aufgespaltene Sprachspiel wird wiederhergestellt. Die Teilhabe an der Szene (im Übertragungs-Gegenübertragungsspiel) begründet Sprache, stiftet jene Übereinstimmung der Bedeutungen, die für ein Verstehen des Fremdpsychischen unerlässlich ist."⁶⁵⁾ In der Folge ist "die Einheit von Erkennen und Handeln... wiederhergestellt. Auf dem psychoanalytischen Weg des szenischen Verstehens, d.h. des Verstehens der Interaktion, wird die Interaktion verändert, nämlich in ihrer vollen Freiheit wiederhergestellt. Die Aufspaltung von Erkenntnis und Praxis ist punktuell wieder bereinigt."⁶⁶⁾

Der von Lorenzer auf diese Weise beschriebene Verlauf der psychoanalytischen Behandlung deckt sich mit dem therapeutischen Konzept Sullivans. Für Sullivan ist das psychiatrische Gespräch eine "Situation der primär s t i m m l i c h e n Kommunikation einer Z w e i e r g r u p p e..."⁶⁷⁾; dabei setzt sich die stimmliche Kommunikation zusammen aus verbaler Kommunikation und Tonschwankungen, welche diese verbalen Aussagen begleiten. Der Psychiater erhält somit Mitteilungen auf zwei Ebenen: zum einen hört er Verben im Sinne syntaktischer Richtigkeit - Lorenzer bezeichnet diesen Vorgang als "logisches Verstehen" des "Satzes"; zum andern hört er begleitende Töne, die darauf hindeuten, wie die verbalen Aussagen aufzufassen sind⁶⁸⁾.

Die verbale Kommunikation reicht für ein Verständnis dessen, was der Patient kommunizieren will, nicht aus. Die affektiven "Tonschwankungen" ("tonal variations") geben den verbalen Mitteilungen des Patienten einen besonderen Inhalt. Diese Inkongruenz von verbaler und tonaler Kommunikation

muß den Psychiater veranlassen zu "einer Art ständiger stiller Beobachtung und Überlegung: 'Ist dieser Satz, diese Mitteilung eindeutig? Weiß man mit Sicherheit, was gemeint ist?'"⁶⁹⁾ In der Sprache Lorenzers heißt dies: die Sprachzeichen lassen sich nicht mit logischem Verstehen allein erfassen, da sie eine besondere Bedeutung innerhalb des allgemeinen Bedeutungshofes haben. Das "Nacherleben" muß als weitere Verständnisform hinzutreten. Das Nacherleben will die affektiven "Gesten" verstehen, welche die Sprachzeichen begleiten.

"Logisches Verstehen" gründet dabei in einer Sprachgemeinschaft, "Nacherleben" in gemeinsamen Handlungsschablonen zwischen Analytiker und Analysand. Bei Sullivan sind diese beiden Voraussetzungen zusammengefaßt in der Kulturgemeinschaft von Arzt und Patient: "Fast alles, was mit Kommunikation zusammenhängt, richtet sich nach Mustern, die im Herkömmlichen so stark verankert und innerhalb der Kultur so starr festgelegt sind, daß Sie sich vielleicht fragen würden, worüber ich überhaupt rede, wenn ich ein Wort anders aussprechen würde als Sie. Alles, was mit den eigenen Erfahrungen in der Vergangenheit sowie mit den Verboten der Kultur und so weiter zu tun hat, die in der eigenen Familie üblich waren; Handlungen, die mit einem verknüpft sind, weil man derjenige ist, der sie ausführt, sowie Handlungen, auf die man reagiert, als hätte man in erster Linie selbst unmittelbar damit zu tun - all dies bildet die Daten der Psychiatrie."⁷⁰⁾

Der Schluß dieses Zitats beinhaltet bereits den Vorgang, welchen Lorenzer als "szenisches Verstehen" beschreibt. Der Psychiater reagiert auf Handlungen des Patienten, als hätte er in erster Linie selbst unmittelbar mit ihnen zu tun. Er reagiert somit auf die Tatsache, "daß alles, was sich beim Patienten abspielt, mehr oder weniger deutlich auf ihn gerichtet ist und daß alles, was er anbietet - seine Erfahrung - mehr oder weniger deutlich auf den Patienten abzielt, wobei ein wunderbares Wechselspiel entsteht."⁷¹⁾ Es

entsteht also, um mit Lorenzer zu sprechen, ein "Übertragungs-Gegenübertragungsspiel", in dem der Psychiater einen Ort in der dramatischen Handlung des Patienten zugewiesen erhält. Der Psychiater nimmt an der dramatischen Handlung teil; sowohl Sullivan als auch Lorenzer geben diesem Wechsel- bzw. Übertragungs-Gegenübertragungsspiel den gleichen Sinn: Sullivan zufolge bricht in der aktuellen Interaktion zwischen Arzt und Patient die "parataxische Verzerrung" durch, welche zeitlebens verantwortlich war für die Schwierigkeiten des Patienten. Indem der Psychiater an der gestörten zwischenmenschlichen Integration zwischen sich und dem Patienten teilnimmt, kann er die parataxische Störung erkennen. Die Kenntnis der aktuellen Beziehungssituation zwischen Arzt und Patient beinhaltet, daß die "eidetic people" als imaginäre Andere aus der frühen Kindheit identifiziert sind. Über die Kenntnis der aktuellen zwischenmenschlichen Beziehung können somit die vergangenen, unaufgelösten zwischenmenschlichen Beziehungen der Vergangenheit in ihrer pathogenen Wirksamkeit auf die Gegenwart aufgedeckt werden. Bei Lorenzer heißt dies: infantile und aktuelle Szene werden identisch.

Sowohl Sullivan als auch Lorenzer verstehen Übertragung im Sinne von Wiederholungszwang. Dessen Auflösung heißt bei Sullivan: Herstellung von "consensual validation"; Lorenzer gibt an: Komplettierung des "aufgespaltenen Sprachspiels" bzw. gelingende Symbolbildung. Beide Male ist ein Vorgang angesprochen, der die "autistischen" (Sullivan) bzw. "privatsprachlichen" (Lorenzer) Verzerrungen zugunsten der allgemein gültigen Sprache auflöst. Dem Patienten wird für bisher unbemerkte, "sprachlose" Motivationen und Handlungen eine Sprache zur Verfügung gestellt, mit der er einen bewußten Überblick über seine Handlungen (in zwischenmenschlichen Beziehungen) erreichen kann. Bisher unverstandene, weil sprachlos nebeneinander bestehende Motivationen werden in einem sinnvollen Sprachzusammenhang verständlich. Die Herstellung dieses Sprachzusammenhangs wird möglich durch einen Wissensvorsprung des Psychiaters, der das Lebensproblem

des Patienten i n s i c h s e l b e r l ö s t , um die Lösung dann dem Patienten sprachlich zur Verfügung zu stellen. Für Sullivan ist der Psychiater "ein F a c h m a n n , der f a c h m ä n n i s c h e s Wissen über zwischenmenschliche Beziehungen, Persönlichkeitsprobleme und so weiter besitzt."⁷²⁾ Dieses fachmännische Wissen gibt er an den Patienten im Laufe der Therapie weiter. Lorenzer bemerkt dazu: "Wenn wir uns darauf besinnen, daß der Analytiker dem Patienten im Verständnis vorausgeht, dann wird es uns nicht verwundern zu erfahren, daß die Vorgänge im Patienten den Leistungen des Analytikers entsprechen."⁷³⁾

Die Störung von "consensual validation" bzw. "Symbolbildung" liegt für beide Autoren entwicklungsgeschichtlich an derselben Stelle: am Übergang von privaten Mutter-Kind-Interaktionsformen in allgemein gültige, kulturell normierte Interaktionsformen. Dieser Übergang ist gleichbedeutend mit dem Wechsel von vorsprachlichen zu sprachlich reifen Interaktionsformen. Sullivan beschreibt die kindliche Entwicklung als Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten. Auf der prototaxischen Entwicklungsstufe ist die "Geste" ("gesture") einziges Kommunikationsmittel. "Geste" umfaßt neben Körperpantomime auch Melodie, Rhythmus und Betonung der Sprachlaute⁷⁴⁾. Eine solch frühe, prototaxische Geste ist z.B. der Hungerschrei; er hat eine primitive, prototaxische Bedeutung in etwa folgendem Sinn: "Komm, Brustwarze, in meinen Mund."⁷⁵⁾ Der Hungerschrei bewirkt eine bestimmte Interaktion zwischen Mutter und Kind: das Stillen. Während des Stillens kann der Säugling verschiedene Erfahrungen mit der mütterlichen Brust machen, wie z.B. die "good-nipple-in-lips-experience", "evil-nipple-in-lips-experience" usw.⁷⁶⁾ Diese Erfahrungen werden zu einem "Signal" für spezifisches Verhalten, wie z.B. für Saugen oder Ablehnung der Brust. Zu diesem Zeitpunkt existieren also, um mit Lorenzer zu sprechen, "bestimmte Interaktionsformen", welche vorsprachlich, jedoch

nicht außersprachlich sind⁷⁷⁾. Innerhalb dieser Interaktion werden, der Sullivanschen Terminologie folgend, prototaxische "Zeichen" ("signs") gewonnen: die Brustwarze wird zu einem Zeichen, welches z.B. vorhergesehene Befriedigung bedeutet. Diese Bedeutung bleibt noch vorsprachlich, also "gestisch"⁷⁸⁾. In seiner weiteren Entwicklung vollzieht das Kind eine "analytische Synthese" und erreicht den parataxischen Erfahrungsmodus⁷⁹⁾. Die Generalisierung seiner Einzelerfahrung führt zur Unterscheidung von "Guter Mutter" und "Böser Mutter". Auf diesem Hintergrund wird ihm die "Böse Brust" zu einem Zeichen, daß die "Böse Mutter" erscheint. Das Kind gewinnt also "Zeichen von Zeichen", d.h. "Symbole". Es verfügt somit über zwei Arten von Zeichen: Signale und Symbole. Signale beziehen sich dabei auf unmittelbares Verhalten, während Symbole eine komplexere Beziehung zu verschiedenen Signalen aufweisen, welche das Verhalten beeinflussen⁸⁰⁾. Symbole lassen sich mithin verstehen als Weiterentwicklung von Signalen; dabei haben beide den Charakter von Zeichen. Diese Gemeinsamkeit ist von Bedeutung für die Sprachentwicklung: die parataxische Entwicklungsstufe beginnt sich verbal zu manifestieren in einer "autistischen" Sprache. Die Bedeutung der Symbole, welche sich auf der Grundlage von Signalen in der Mutter-Kind-Beziehung entwickelt haben, wird mit Primitivlauten sprachlich erfaßt. Anders gewendet: Sprache entwickelt sich an Symbolen auf der Grundlage von Signalen. Denselben Vorgang erläutert Lorenzer mit den Worten: "Die bestimmten Interaktionsformen... werden bei der Einführung in Sprache mit einem Prädikator versehen."⁸¹⁾ Sullivan und Lorenzer stimmen an dieser Stelle mit Hilfe eines Dritten überein. Beide nämlich nehmen zum Ausgangspunkt ihrer Sprachtheorie die Überlegungen G.H. Meads⁸²⁾ über die Geste als signifikantes Symbol: "...die Geste... wird... zu dem, was wir 'Sprache' nennen. Sie ist nun ein signifikantes Symbol und bezeichnet eine bestimmte Bedeutung"⁸³⁾.

In der Folge stimmen Sullivan und Lorenzer bis auf den Unterschied überein, daß Lorenzer innerhalb der Instanzenlehre verbleibt, während Sullivan diese aufgibt. Wenn Lorenzer das Es als "strukturiert, jedoch nicht symbolisch"⁸⁴⁾ charakterisiert, so trifft er den Zusammenhang von Signalen und unmittelbarer prototaxischer Erfahrung, wie Sullivan ihn beschreibt. Der prototaxische Erfahrungsmodus bleibt noch sprachlos, aber doch von gestischen Kommunikationsgesetzen bestimmt. Nichts anderes meint Lorenzer mit "Klischee": hier herrschen einzig gestische Gehalte⁸⁵⁾. Der Übergang zu gelungener Symbolbildung entspricht dann dem Übergang zu syntaxischer Erfahrung in Sullivans Konzept. Beide Begriffe bezeichnen ein Gleichgewicht von expressiver Gestik und denotativer Sprache. Der parataxische Erfahrungsmodus wird Sullivan zufolge dadurch überwunden, daß die autistische Bedeutung der Wörter zugunsten der allgemein gültigen Bedeutung aufgegeben wird, d.h. wenn "consensual validation" herrscht⁸⁶⁾. Consensual Validation geht einher mit einer bewußten Verfügung über das eigene zwischenmenschliche Handeln. Störungen von Consensual Validation drücken somit immer eine Einschränkung dieser bewußten Verfügung aus, so z.B. bei den Prozessen der "selective inattention" und "dissociation". Beide Abwehrformen meinen nichts anderes als Verdrängung. Prozesse, die der "selective inattention" bzw. "dissociation" unterliegen, setzen sich im zwischenmenschlichen Handeln durch, ohne daß sie in bewußter Sprache manifest wären. Sie bleiben verdeckt und somit auf einer relativ unentwickelten parataxischen Erfahrungsstufe. In die syntaxische, konsensuell validierte Sprache bricht somit eine parataxische Verzerrung ein. Die allgemein gültige Bedeutung der Wörter erhält einen zusätzlichen autistischen Inhalt. Lorenzer beschreibt Verdrängung auf analoge Weise: neurotisches Verhalten setzt sich zusammen aus Symbol und Klischee: "Wir können dasselbe Verhalten als gleichzeitigen Austausch von 'nichtsignifikanten Gesten' und 'signifikanten Gesten' gelten lassen.

Nicht Sprachlosigkeit, sondern eine eigentümliche Sprachverwirrung liegt vor. An der Vermischung der Objektrepräsentanzen wird diese Sprachverwirrung ganz deutlich".⁸⁷⁾ Vermischung von Objektrepräsentanzen ist dabei gleichbedeutend mit der Wirksamkeit von "eidetic people": "'Vorgesetzter' entspricht hier der Formel

'Vorgesetzter' = Vorgesetzter (+ Vater);

der in Klammer gesetzte Anteil ist dynamisch dominant, der andere ist bewußtseinsdominant. Es gelten aber beide zusammen:

'Vorgesetzter' = Vorgesetzter + Vater."⁸⁸⁾

Beide Autoren verwenden für den gleichen Inhalt lediglich andere Begriffe. Während Lorenzer eine aufsteigende Linie vom Klischee über das Symbol zu den Zeichen entwirft, hält Sullivan die begriffliche Trennung von symbolischen und nichtsymbolischen Prozessen für unnütz, da sie praktisch nicht zu vollziehen sei⁸⁹⁾. Aber es läßt sich bei ihm eine entsprechende Entwicklungslinie nachzeichnen vom parataxischen Erfahrungsmodus über den syntaxischen Erfahrungsmodus zu den Verbalismen, die bar jeden affektiven Gehalts sind. Dabei verweisen die parataxischen Sprachverzerrungen auf die zugrunde liegenden Interaktionsmuster und deren Herkunft aus rein affektiver, prototaxischer Erfahrung.

Sullivans Therapieziel: Herstellung von Consensual Validation und syntaxischer Erfahrung deckt sich mit den Angaben Lorenzers: "Nun vermag das Ich die fehlgelaufene Symbolbildung voranzutreiben und entsprechend dem allgemeinen Sprachverhalten einzuholen. Es resultiert (bei idealtypischer Vollendung):

Pferd = Pferd

Vater = Vater

Analytiker = Analytiker

Die Sprachverschiebung ist zurechtgerückt. Die Privatsprache ist aufgelöst, die Sprache des Patienten ist mit der allgemeinen Sprache zur Deckung gebracht"⁹⁰⁾ und: "Auf dem psychoanalytischen Weg des szenischen Verstehens, d.h. des Verstehens der Interaktion, wird die Interaktion verändert, nämlich in ihrer vollen Freiheit wiederhergestellt. Die Aufspaltung von Erkenntnis und Praxis ist punktuell wieder bereinigt."⁹¹⁾

In Sullivans Worten: "Indem die Befreiung der Aufmerksamkeit des Patienten Fortschritte macht, kommt eine Zeit, zu der es möglich ist, einen der parataxischen Begleiter zu identifizieren, welche fortwährend für den Patienten komplizierende Faktoren waren bei der Wahrnehmung bestimmter anderer Leute."⁹²⁾ Und: "Allmählich kommt es zu einer Ausweitung des Selbst, indem alle die ziemlich wichtigen, parataxisch überlebenden, ungelösten Situationen aus der Vergangenheit des Patienten identifiziert werden und konsequent aufgelöst werden; die Ausweitung des Selbst bewirkt schließlich, daß der Patient sich als dieselbe Person kennt, welche er auch in seinem Umgang mit anderen ist."⁹³⁾

Anmerkungen und Literaturverzeichnis

I. Aufgabenstellung

- 1) Sullivan, H.S.: The Psychiatric Interview, New York 1954
dt.: Das psychotherapeutische Gespräch, Frankfurt 1976
- 2) Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry,
New York 1953
- 3) Rattner, J.: Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen,
Olten 1969
- 4) Wiegand, R.: Gesellschaft und Charakter, München 1973
- 5) Bally, G.: Grundfragen der Psychoanalyse und verwandter Richtungen, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/2, Berlin, Göttingen,
Heidelberg 1963
- 6) Meistermann-Seeger, E.: Der Beitrag der Psychoanalyse zur Sozialpsychologie, in: Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. II,
S. 1060 ff., Zürich 1976; Chrzanowski, G.: Harry Stack Sullivan,
in: Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. III, S. 485 ff.,
Zürich 1977
- 7) Wyss, D.: Die tiefenpsychologischen Schulen..., Göttingen 1966
- 8) Ammon, G.: Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie,
in: Psychotherapie der Psychosen, München 1975
- 9) Meerwein, F.: Psychiatrie und Psychoanalyse in der psychiatrischen Klinik, Basel 1965

II. Der Ansatzpunkt

- 1) Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin 1960, S. 1
- 2) Zutt, J.: Stichwort 'Psychiatrie', in: Das Fischer Lexikon,
Medizin, Bd. III, Frankfurt 1966, S. 251
- 3) Meerwein, F.: Psychiatrie und Psychoanalyse..., S. 38
- 4) Zutt, J.: (2), S. 256
- 5) Zutt, J.: (2), S. 256
- 6) Freud, S.: Psychoanalyse und Psychiatrie, in: Studienausgabe,
Bd. I, Frankfurt 1969, S. 256
- 7) Bally, G.: Grundfragen der Psychoanalyse..., S. 306
- 8) Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, p. 16
- 9) siehe Meerwein, F.: (3), S. 79 ff.
- 10) siehe Thompson, C.: Sullivan and Psychoanalysis, in: The Contributions of Harry Stack Sullivan, p. 101, New York 1953
- 11) Perry, H.S.: Introduction to "Schizophrenia as a Human Process",
New York 1974, p. xiii
- 12) Sullivan, H.S.: Conceptions of Modern Psychiatry, New York 1953,
p. 178

- 13) Bleuler, E.: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewußtwerdens, Berlin 1921, S. 190
- 14) Sullivan, H.S.: (8), p. 13
- 15) Sullivan, H.S.: (8), p. 4
- 16) Sullivan, H.S.: (8), p. 4
- 17) siehe oben, S. 6
- 18) Perry, H.S.: (11), p. 102
- 19) siehe Meerwein, F.: (3), S. 37
- 20) zitiert nach Meerwein, F.: (3), S. 38
- 21) siehe z.B. Lorenzer, A.: Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Frankfurt 1973, S. 17
- 22) Heisenberg, W.: Das Naturbild der heutigen Physik, Hamburg 1970, S. 18 ff.
- 23) Sullivan, H.S.: (8), p. 13
- 24) Sullivan, H.S.: (8), p. 13
- 25) Sullivan, H.S.: (8), p. 14
- 26) siehe unten, S. 101 ff.
- 27) siehe Thompson, C.: (10), p. 101
- 28) siehe Mullahy, P.: The Theories of H. S. Sullivan, in: The Contributions of H.S. Sullivan, p. 15
- 29) Sullivan, H.S.: (8), p. 17
- 30) Sullivan, H.S.: (8), p. 18
- 31) siehe oben, S. 8 ff.
- 32) Sullivan, H.S.: (8), p. 367 ff.
- 33) Bally, G.: (7), S. 305
- 34) siehe Perry, H.S.: (11), p. xii
- 35) siehe Thompson, C.: (11), p. xxxii

III. Grundbegriffe

- 1) siehe oben, S. 15
- 2) Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, p. 32
- 3) siehe Meistermann-Seeger, E.: Der Beitrag der Psychoanalyse zur Sozialpsychologie, in: Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. II, S. 1078
- 4) Sullivan, H.S.: (2), p. 26
- 5) Sullivan, H.S.: (2), p. 28 ff.
- 6) Sullivan, H.S.: (2), p. 28
- 7) Sullivan, H.S.: (2), p. 35

- 8) siehe Sullivan, H.S.: (2), p. 36
- 9) siehe unten, S. 52 ff.
- 10) Sullivan, H.S.: (2), p. 37
- 11) Sullivan, H.S.: (2), p. 39
- 12) Meistermann-Seeger, E.: (3), S. 1079 ff.
- 13) Sullivan, H.S.: (2), p. 41
- 14) siehe Sullivan, H.S.: (2), p. 8
- 15) siehe oben, S. 29

IV. Die menschlichen Entwicklungsstadien

- 1) siehe oben, S. 29
- 2) Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, p. 103
- 3) Sullivan, H.S.: (2), p. 63
- 4) Sullivan, H.S.: (2), p. 77
- 5) Sullivan, H.S.: (2), p. 136
- 6) Sullivan, H.S.: (2), p. 162
- 7) Sullivan, H.S.: (2), p. 162
- 8) siehe Wyss, D.: Die tiefenpsychologischen Schulen..., S. 197
- 9) Sullivan, H.S.: (2), p. 173
- 10) Sullivan, H.S.: (2), p. 177
- 11) Sullivan, H.S.: (2), p. 177
- 12) Freud, S.: Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse, in: Studienausgabe, Bd. III, S. 29
- 13) siehe Freud, S.: (12), S. 30 ff.
- 14) siehe Freud, S.: (12), S. 36
- 15) siehe oben, S. 9 ff.
- 16) siehe unten, S. 82 ff.
- 17) siehe oben, S. 23 ff.
- 18) siehe Freud, S.: Das Unbewußte, in: Studienausgabe, Bd. III, S. 159
- 19) siehe oben, S. 52 ff.
- 20) Freud, S.: Metapsychologische Ergänzungen zur Traumlehre, in: Studienausgabe, Bd. III, S. 185
- 21) Sullivan, H.S.: (2), p. 193
- 22) Sullivan, H.S.: (2), p. 198
- 23) Sullivan, H.S.: (2), p. 200
- 24) siehe oben, S. 21
- 25) siehe oben, S. 43

- 26) Sullivan, H.S.: (2), p. 216
- 27) Sullivan, H.S.: (2), p. 245
- 28) Sullivan, H.S.: (2), p. 263
- 29) siehe oben, S. 35 ff.
- 30) siehe oben, S. 51
- 31) Sullivan, H.S.: (2), p. 243

V. Psychopathologie

- 1) siehe oben, S. 9
- 2) Meistermann-Seeger, E.: Der Beitrag der Psychoanalyse..., S. 1078
- 3) siehe oben, S. 30 ff.
- 4) siehe oben, S. 47 ff.
- 5) Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, p. 323
- 6) Sullivan, H.S.: (5), p. 323
- 7) Sullivan, H.S.: (5), p. 324
- 8) Sullivan, H.S.: (5), p. 325
- 9) Sullivan, H.S.: Conceptions of Modern Psychiatry, p. 143
- 10) Sullivan, H.S.: (9), p. 147
- 11) siehe oben, S. 55 ff.
- 12) Watzlawick et alii: Menschliche Kommunikation, S. 51

VI. Psychotherapie

- 1) Freud, S.: Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia, in: Studienausgabe, Bd. VII, S. 194 ff.
- 2) Freud, S.: Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose, in: Studienausgabe, Bd. III, S. 361
- 3) siehe Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: 27. Folge, Die Übertragung, in: Studienausgabe, Bd. I, S. 430
- 4) Sullivan, H.S.: The Psychiatric Interview, p. 207 (dt. Übersetzung: Das Psychotherapeutische Gespräch, S. 189)
- 5) Sullivan, H.S.: (4), p. 5
- 6) Sullivan, H.S.: (4), p. 19 ff. (dt. S. 17)
- 7) Sullivan, H.S.: (4), p. 8 (dt. S. 6)
- 8) Sullivan, H.S.: (4), p. 20 ff. (dt. S. 17 ff.)
- 9) Sullivan, H.S.: (4), p. 4 (dt. S. 2)
- 10) Sullivan, H.S.: (4), p. 19 (dt. S. 16)
- 11) Sullivan, H.S.: (4), p. 54 (dt. S. 49)

- 12) Sullivan, H.S.: (4), p. 35 (dt. S. 31)
- 13) Sullivan, H.S.: (4), p. 36 (dt. S. 32)
- 14) Sullivan, H.S.: (4), p. 35 ff. (dt. S. 32)
- 15) siehe oben, S. 58
- 16) Sullivan, H.S.: Conceptions of Modern Psychiatry, p. 207
- 17) Freud, S.: (3), S. 427 ff.

VII. Zur Bedeutung der Interpersonalen Schule

- 1) siehe Meerwein, F.: Psychiatrie und Psychoanalyse..., S. 81
- 2) siehe Sullivan, H.S.: The Interpersonal Theory of Psychiatry, p. 262
- 3) Sullivan, H.S.: (2), p. 243
- 4) siehe oben, S. 73 ff. und Sullivan, H.S.: Conceptions..., p. 141 ff.
- 5) siehe oben, S. 19 ff.
- 6) Freud, S.: Die Traumdeutung, Studienausgabe, Bd. II, S. 513
- 7) siehe auch Bally, G.: Grundfragen der Psychoanalyse..., S. 306 ff.
- 8) siehe Freud, S.: Der Untergang des Odipuskomplexes, in: Studienausgabe, Bd. V, S. 246 ff.
- 9) siehe z.B. oben, S. 82 und S. 58
- 10) Wyss, D.: Die tiefenpsychologischen Schulen, S. 390
- 11) siehe oben, S. 93
- 12) siehe oben, S. 58
- 13) siehe z.B. Sullivan, H.S.: Conceptions..., p. 178 ff.; Schizophrenia as a Human Process, insbes., p. 272 ff.
- 14) Zu diesen Auseinandersetzungen im einzelnen und zum "Pakt" zwischen Clara Thompson und Sullivan siehe: Chrzanowski, G., in: Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. III, S. 485 ff.
- 15) siehe z.B. Meerwein, F.: (1), S. 84 und Bally, G.: (7), S. 311 ff.
- 16) Engel, G.L.: Psychological Development in Health and Disease, Philadelphia 1962 - (dt.: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit, Bern 1976)
- 17) Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, Don D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Bern 1969 - (Titel der Originalausgabe: Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes, New York 1967)
- 18) Watzlawick, alii: (17), S. 14
- 19) Watzlawick, alii: (17), S. 21 ff.
- 20) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 23

- 21) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 51
- 22) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 53
- 23) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 32
- 24) Sullivan, H.S.: (2), p. 198
- 25) Sullivan, H.S.: (2), p. 368
- 26) Watzlawick, alii: (17), S. 35
- 27) Watzlawick, alii: (17), S. 38
- 28) Watzlawick, alii: (17), S. 45
- 29) siehe oben, S. 104
- 30) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 79 ff.
- 31) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 61 ff.
- 32) siehe Watzlawick, alii: (17), S. 68 ff.
- 33) Watzlawick, alii: (17), S. 69
- 34) Lorenzer, A.: Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Taschenbuchausgabe Frankfurt 1973
- 35) Lorenzer, A.: (34), S. 9
- 36) Lorenzer, A.: Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs, Frankfurt 1970, S. 123
- 37) Lorenzer, A.: (34), S. 10
- 38) Lorenzer, A.: (34), S. 17
- 39) siehe Lorenzer, A.: (34), S. 13
- 40) Lorenzer, A.: (34), S. 10 ff.
- 41) Lorenzer, A.: (34), S. 46
- 42) Lorenzer, A.: (34), S. 16
- 43) Lorenzer, A.: (34), S. 16
- 44) siehe Lorenzer, A.: (34), S. 20
- 45) Lorenzer, A.: (34), S. 12
- 46) Lorenzer, A.: (34), S. 16
- 47) siehe Sullivan, H.S.: Conceptions..., p. 195, Anm.
- 48) Lorenzer, A.: (34), S. 83
- 49) Lorenzer, A.: (34), S. 93
- 50) Lorenzer, A.: (34), S. 83
- 51) Lorenzer, A.: (34), S. 94
- 52) Lorenzer, A.: (34), S. 104
- 53) Lorenzer, A.: (34), S. 93
- 54) Lorenzer, A.: (34), S. 104
- 55) Mead, G.H., zit. nach Lorenzer, A.: (34), S. 102 ff.
- 56) Lorenzer, A.: (34), S. 146

- 57) Lorenzer, A.: (34), S. 197
- 58) Lorenzer, A.: (34), S. 198
- 59) Lorenzer, A.: (34), S. 198
- 60) Lorenzer, A.: (34), S. 200
- 61) Lorenzer, A.: (34), S. 203
- 62) Lorenzer, A.: (34), S. 205
- 63) Lorenzer, A.: (34), S. 215
- 64) Lorenzer, A.: (34), S. 205
- 65) Lorenzer, A.: (34), S. 216
- 66) Lorenzer, A.: (34), S. 229
- 67) Sullivan, H.S.: The Psychiatric Interview, p. 4 (dt. S. 2)
- 68) siehe Sullivan, H.S.: (67), p. 7 (dt. S. 5)
- 69) Sullivan, H.S.: (67), p. 8 (dt. S. 6)
- 70) Sullivan, H.S.: (67), p. 19
- 71) Sullivan, H.S.: (67), p. 19 ff.
- 72) Sullivan, H.S.: (67), p. 12
- 73) Lorenzer, A.: (34), S. 227
- 74) siehe Sullivan, H.S.: (2), p. 178
- 75) Sullivan, H.S.: (2), p. 67
- 76) siehe oben, S. 39
- 77) siehe Lorenzer, A.: (34), S. 30 ff.
- 78) Sullivan, H.S.: (2), p. 76
- 79) siehe oben, S. 40
- 80) siehe Sullivan, H.S.: (2), p. 87
- 81) Lorenzer, A.: (34), S. 33
- 82) siehe Sullivan, H.S.: (2), p. 16 ff. und Lorenzer, A.: (34), S. 102 ff.
- 83) Mead, G.H., zit. nach Lorenzer, A.: (34), S. 102 ff.
- 84) Lorenzer, A.: (34), S. 31
- 85) Lorenzer, A.: (34), S. 124
- 86) Sullivan, H.S.: (2), p. 183 ff.
- 87) Lorenzer, A.: (36), S. 122
- 88) Lorenzer, A.: (36), S. 122
- 89) Sullivan, H.S.: (2), p. 186
- 90) Lorenzer, A.: (34), S. 136
- 91) Lorenzer, A.: (34), S. 229
- 92) Sullivan, H.S.: (4), p. 235
- 93) Sullivan, H.S.: (4), p. 237

Danksagung

Verständnis und Bearbeitung des in der vorliegenden Schrift behandelten Stoffs wären mir nicht möglich gewesen ohne die Erfahrungen, welche ich in den Vorlesungen und Seminaren bei Herrn Prof. Dr. Hans Molinski sammeln konnte. Für seine kritische Anleitung und für die Überlassung des Themas der Dissertation sage ich ihm herzlichen Dank.

Weiterhin danke ich herzlich Frau Priv.-Doz. Dr. Ilse Rechenberger für ihre Anregungen während dieser Zeit.

Schließlich sage ich herzlichen Dank Frau Brigitte Groß für die freundlich und unverzüglich übernommene Reinschrift des Manuskripts.

Lebenslauf

Am 21. Februar 1954 wurde ich als Sohn der Maria Blaß, geb. Dahlmanns, und des damaligen Regierungsinspektors Josef Blaß in Düsseldorf geboren.

Von 1960 bis 1964 besuchte ich die Grundschule in Düsseldorf - Grafenberg. In den nachfolgenden Jahren 1964 bis 1972 besuchte ich den altsprachlichen Teil des Staatlichen Görresgymnasiums in Düsseldorf.

Nach erfolgreich abgelegter Reifeprüfung begann ich im Oktober 1972 das Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf. Im Oktober 1973 nahm ich zusätzlich das Studium der Philosophie auf.

Im März 1975 bestand ich die Ärztliche Vorprüfung.

Nach erfolgreich abgelegten Zwischenprüfungen schloß ich das Studium der Medizin mit dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im April und Mai 1979 ab.

